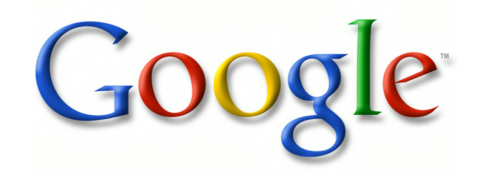
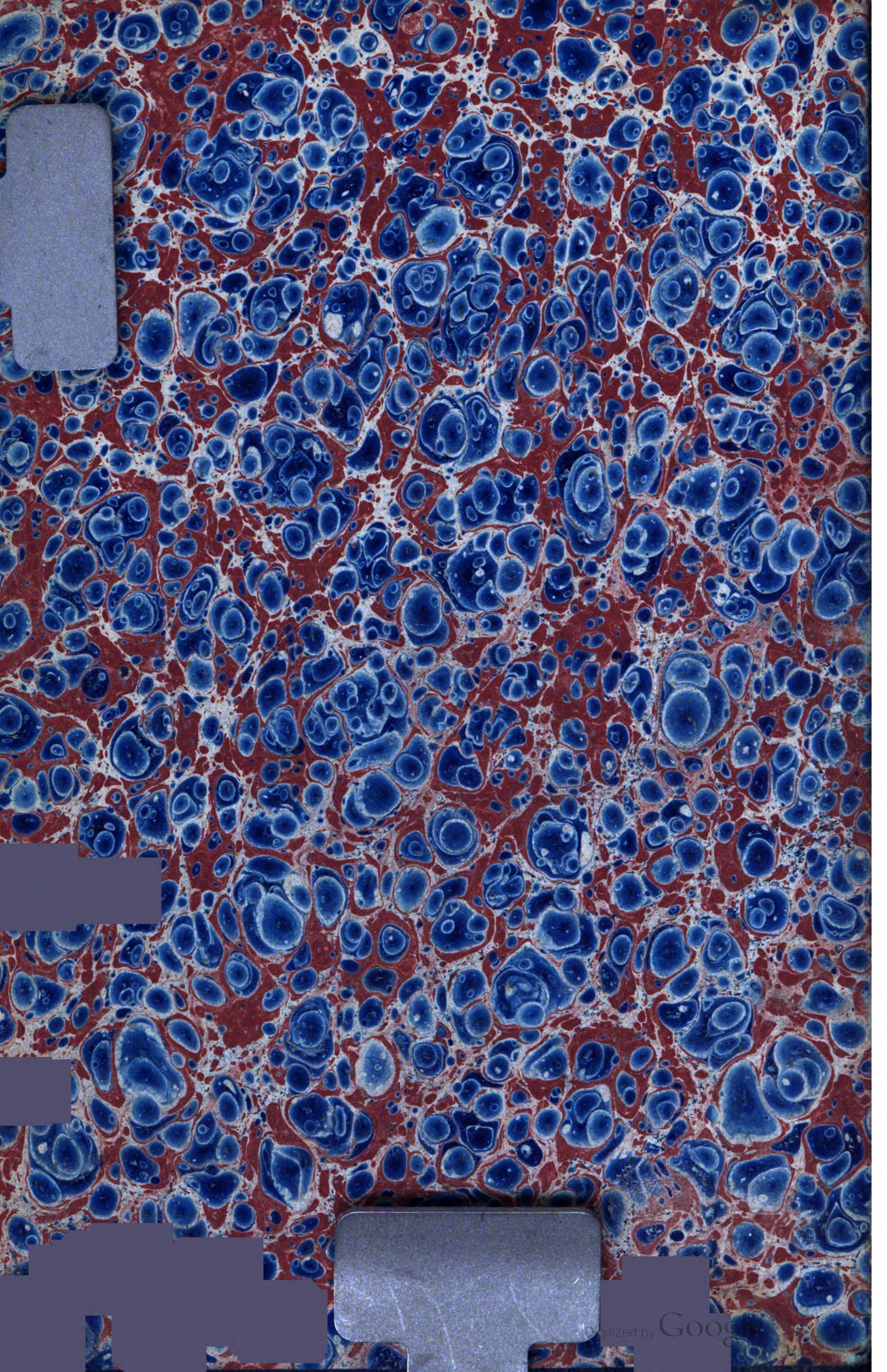
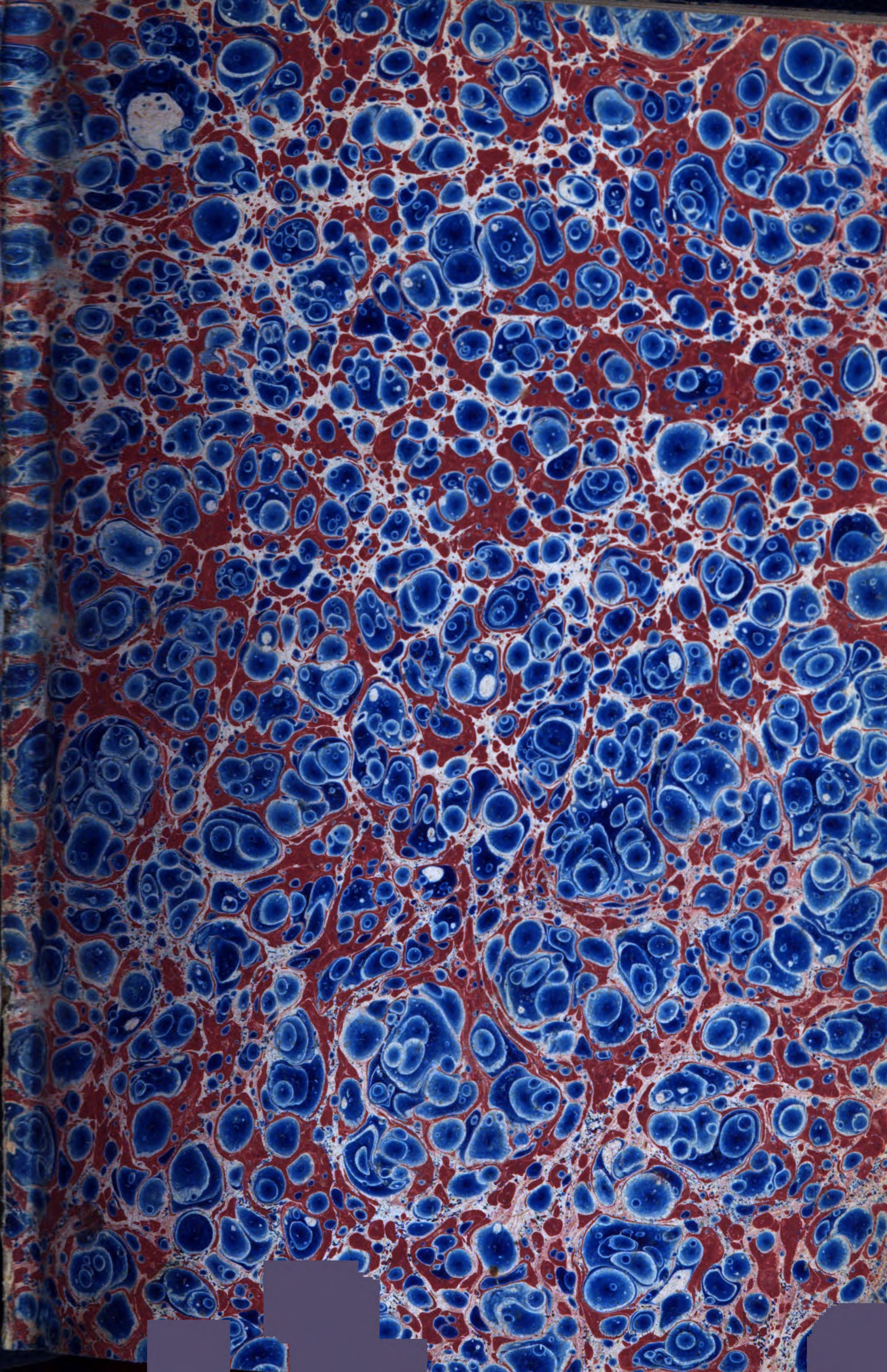
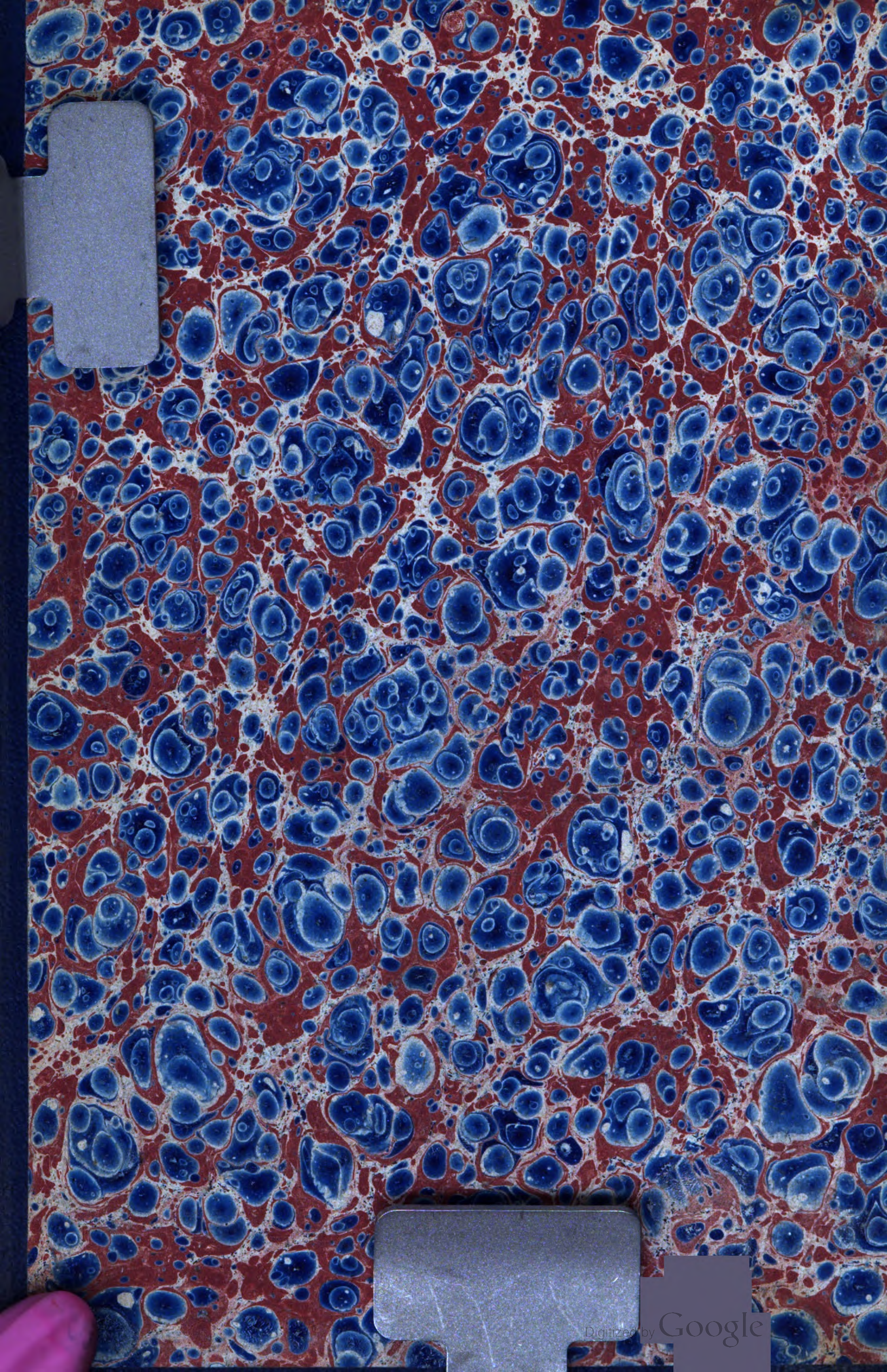
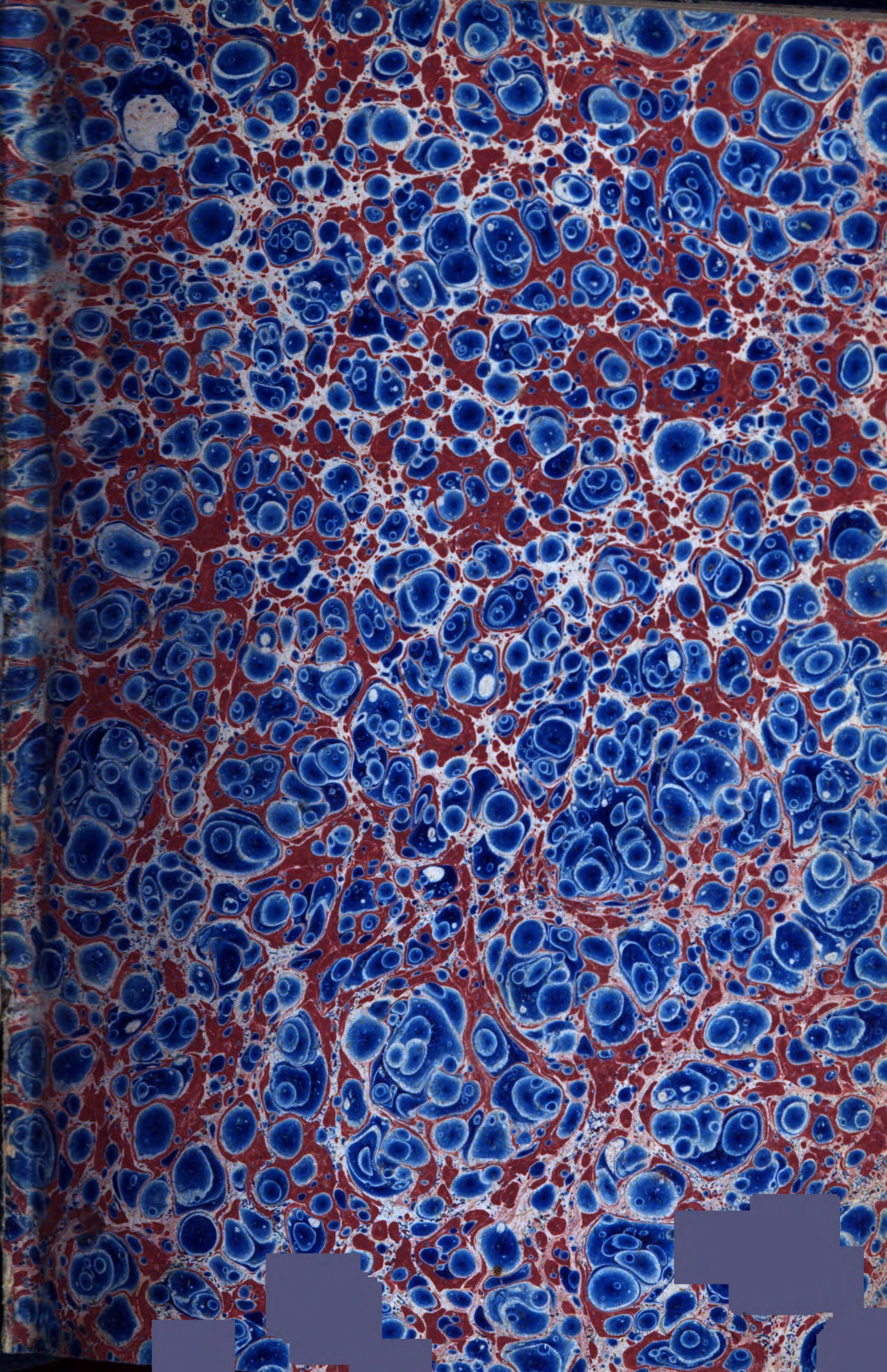










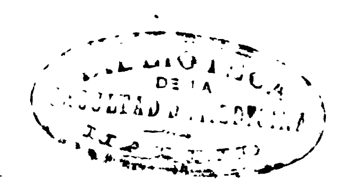


ENCICLOPEDIA

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA.

SERIE SEGUNDA.



GUIA DEL MÉDICO PRACTICO,

O RESUMEN GENERAL DE PATOLOGIA INTERNA Y DE TERAPÉUTICA APLICADAS,

POR

F. L. I. Valleix,

Médico del Hospital de Santa Margarita (antiguo anejo del Hospital general); Miembro titular de la Sociedad médica de Observacion, y de la Sociedad Anatómica; Individuo de la Sociedad médica de los Hospitales, etc., etc.

SEGUNDA EDICION,

REVISADA, CORREGIDA Y AUMENTADA.

TRADUCIDA

por los Sres. D. Francisco Alvarez Alcalá, D. José Rodrigo y D. Benito Amado Salazar, Doctores en Medicina y Cirujía.

TOMO IV.

Madrid y Santiago:
LIBRERIAS DE D. ANGEL CALLEJA, EDITOR.
GRANADA: SRES. CALLEJA Y OJEA.
LIMA: SRES. CALLEJA, OJEA Y COMPAÑIA.

MADRID: 1851.

Imprenta de la Compañía de Impresores y Libreros del Reino.

GUIA
DEL MÉDICO PRÁCTICO.

CONTINUACION DEL LIBRO III.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS DIGESTIVAS.



CAPITULO IV.

AFECCIONES DEL ESTOMAGO.

Las reflexiones generales que acabo de presentar acerca de las enfermedades del conducto intestinal, son aplicables á las afecciones del estómago, no porque no se haya escrito mucho acerca de estas enfermedades, sino porque siendo difíciles las investigaciones y habiéndose sostenido las opiniones mas diversas, cuesta trabajo descubrir la verdad en medio de tantas asercciones contradictorias. No han contribuido poco en estos últimos tiempos las ideas teóricas á oscurecer la cuestion, pues todos saben que Broussais y los que han abrazado su doctrina han resumido casi todas las enfermedades en una afeccion del estómago. Estas ideas se han esparcido con tanta mas facilidad cuanto que la teoría era simple y se profesaba con brillantez;

pero el estudio de los hechos no ha tardado en probar lo erróneo de esta opinion, y en demostrarnos que lejos de ser el estómago el punto de donde parten con mas frecuencia las afecciones agudas, casi siempre por el contrario se afecta secundariamente, y que en los casos raros en que asi no sucede, su inflamacion dista mucho de despertar numerosas simpatías, como se habia asegurado. Ha sido pues preciso volver á empezar sobre nuevos datos el estudio de estas enfermedades, de las cuales me ha sido por consiguiente difícil reunir un gran número de observaciones. Sin embargo, á fuerza de constancia y de trabajo he llegado á reunir una cantidad de documentos exactos mayor de lo que en un principio habia esperado, y fundado en ellos voy á esforzarme en presentar la historia de las afecciones del estómago con mas claridad de lo que se ha hecho hasta ahora.

La division que me parece mas útil es la siguiente: tratar primero de la *hemorragia del estómago*, y en seguida del *infarto gástrico*, enfermedad mal conocida en su esencia, pero que nos conduce naturalmente á la inflamacion del órgano. Presentaremos esta bajo los títulos de *gastritis simple aguda*, *gastritis simple crónica* y *gastritis ulcerosa*, y despues vendrán el *reblandecimiento blanco* del estómago y el *reblandecimiento gelatiniforme*, que en el estado actual de la ciencia es preciso estudiar por separado, porque estas lesiones deben dar motivo á discusiones importantes; en seguida la *perforacion del estómago*, la *ampliacion morbosa* de este órgano, la *gastralgia*, con algunas palabras acerca de la *gastrorrea* y la *indigestion*, y finalmente el *vómito nervioso*. En cuanto al *hipo*, que algunos autores consideran como sintomático de un estado del estómago, que otros refieren á las afecciones del esófago y en que algunos no ven mas que una convulsion de los músculos inspiradores, debemos incluirle en el capítulo de las *neuroses*, con tanta mas razon cuanto que por lo comun no es mas que un síntoma de otra neurosis.



ARTICULO I.

GASTRORRAGIA.

(Hematemesis.)

Se ha estudiado el vómito de sangre desde la mas remota antigüedad, y ya puede hallarse una indicacion de esta enfermedad en los escritos de Hipócrates (1): Areteo, Galeno y Celio Aureliano han hecho su descripcion; pero pronto se conoce, leyendo sus trabajos, que no era muy exacto su diagnóstico. La descripcion de Hipócrates en particular es tan confusa que hasta no queda seguridad de que haya sido verdaderamente sangre la que ha sido arrojada por el vómito. En una época mas próxima á nosotros se ha estudiado la cuestion con mas exactitud, y así Platero (2) y F. Hoffmann (3) han procurado establecer una distincion entre la gastrorragia, acerca de la cual ya habia insistido Enrique Habeer *(obs. méd.)*; pero sobre todo desde el principio de este siglo se han hecho esfuerzos para llegar á determinar de un modo positivo el asiento de la hemorragia. No obstante, debemos decir que no poseemos ningun trabajo hecho con una exactitud rigurosa acerca de esta afeccion, de modo que á pesar de las numerosas disertaciones que sobre este asunto se han escrito, se hallan dificultades bastante grandes para su descripcion, por lo que he procurado sobre todo estudiar los puntos oscuros reuniendo cierto número de observaciones.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Muchos autores han descrito con el nombre de *hematemesis* todas las hemorragias en que la sangre salia por el vómito; pero por el título que he dado á este artículo, ya he indicado que,

(1) *Obras de Hipócrates*, trad. por Littré, t. VII, *De las enfermedades*, lib. II.
(2) *Praxeos medicæ*, obs. lib. III.
(3) *Opera omnia*, suplem. II, *De vomitu cruento*; Ginebra, 1760.

conforme con los autores mas recientes, circunscribia mas la enfermedad. En efecto, solo vamos á ocuparnos aqui de la hemorragia que tiene su orígen en el estómago, ya que la sangre salga por el vómito, ya que se acumule en el órgano, ó sea arrojada por las cámaras.

Esta afeccion, descrita por los autores latinos con los nombres de *vomitus niger*, *morbus niger Hippocratis*, *vomitus cruentus*, *vomitus sanguineus*, *hematemesis*, y que ha recibido nombres análogos en las lenguas modernas, se designa mas particularmente en la actualidad con el de *gastrorragia*, único que le conviene. Panarolo la habia llamado *cholera sanguinea*, á causa de los vómitos y de las deyecciones alvinas abundantes que se presentan en muchos casos.

La gastrorragia es una afeccion mucho *menos frecuente* que la epistaxis y la hemotisis; sin embargo, veremos mas adelante que proviene de un número bastante grande de causas diferentes, y esta sin duda es la razon porque no se haya estudiado con tanto cuidado como estas dos hemorragias, por no haberse podido reunir suficiente número de casos semejantes. No obstante, la ciencia posee gran número de observaciones que pertenecen á esta enfermedad; pero las largas investigaciones que es necesario hacer para reunirlas, han desalentado á la mayor parte de los autores. Es verdad que José Frank se ha dedicado á este trabajo; pero como no ha hecho una análisis exacta de las observaciones y ha confundido en el mismo artículo la gastrorragia y la enterorragia, ó en otros términos, la hematemesis y la melena, no ha podido presentar una descripcion bien clara y precisa.

§. II.

CAUSAS.

1.º Causas predisponentes.

Edad. Segun José Frank (1), estan predispuestos á la hematemesis los *niños*, hasta los *recien nacidos*, y cita varios ejemplos de esta afeccion observados en estos últimos y tomados de Storck, Vogel, Schmitt, etc.; pero aun cuando estas citas sean nume-

(1) *Patologia interna*, por José Frank, Madrid. *De la hematemesis y de la enfermedad negra* de Hipócrates.

rosas, falta saber si tal vez serian hechos esecpcionales que recogieron los autores por su misma rareza; y prueba que esto es asi, el que los médicos que se han ocupado de las enfermedades de la primera infancia no han destinado un artículo especial para la gastrorragia. Por mi parte no he visto un solo ejemplo en tres años que he observado las afecciones de los recien nacidos.

Segun las observaciones que posee la ciencia, la gastrorragia se ha presentado en los adultos, y principalmente de los cuarenta á los cincuenta años. P. Frank (1) dice que es raro hallar un ejemplo de hematemesis en un anciano sexagenario; pero seria necesario que esta proposicion estuviese fundada en investigaciones mas exactas y datos mas numerosos.

Relativamente al *sexo* es preciso distinguir los casos. En efecto, si se trata de la hemorragia gástrica sin lesion del órgano, se la hallará con mas frecuencia en las *mugeres* que presentan la *gastrorragia supletoria de los menstruos*: si por el contrario, nos referimos á la hemorragia sintomática de una afeccion del estómago, los datos no son ya tan exactos, y solo se puede decir en general, que los ejemplos citados pertenecen las mas veces al *sexo masculino*.

Todavía es mas difícil determinar con alguna exactitud el valor de ciertas causas predisponentes que admiten los autores, y basta por consiguiente enumerarlas: tales son el *temperamento pletórico*, segun unos, y el *bilioso*, segun otros; la *vida sedentaria*, las *afecciones del corazon*, segun Morgagni (2) y Dalmazzone, y las *calenturas intermitentes* mal curadas, segun la opinion de Latour (3). Creo inútil hacer notar hasta qué punto es todavía hipotética la existencia de estas causas, y lo mismo digo, y con mayor razon, de la *direccion viciosa de las costillas* y de las *anomalías de la arteria celiaca* indicadas por José Frank.

En cierto número de casos se ha admitido la existencia de una *disposicion innata* á las hemorragias, y hasta la gastrorragia se ha presentado bajo la forma *epidémica*, si hemos de creer al autor de una memoria publicada en los *Trabajos de la Academia de Tolosa*. Resulta pues que todavía hay que hacer muchas investigaciones acerca de este punto.

(1) *Tratado de medicina práctica*, t. I.
(2) *De causis et sedibus*, epist. XXX.
(3) *Hist. phil. et méd. des hémorrh.*; Orleans, 1815.

2.° Causas ocasionales.

Es de bastante importancia el estudio de las causas ocasionales de la gastrorragia, en razon á que se han seguido en la descripcion de esta enfermedad cierto número de divisiones fundadas en la etiologia. Por desgracia son muy insuficientes las observaciones acerca de este particular, pues de veinte y siete que he reunido, solo en diez y ocho se indica la causa ocasional, y como habia gran variedad en los hechos respecto á este punto de vista, de aqui resulta que los datos presentados no tienen un valor positivo. Sin embargo, hay de particular en las observaciones á que aludo, que casi todas son ejemplo de una *alteracion del estómago* que ha producido la rotura de un vaso, ó bien de una *supresion de las reglas*. Vamos ahora á analizar las numerosas causas de que hacen mencion los autores.

Se han puesto en primera línea las *violencias ejercidas sobre el epigastrio*, de cuya causa se hallan en efecto ejemplos en los autores, y Platero, entre otros, ha visto presentarse una gastrorragia bastante abundante inmediatamente despues de una *contusion del abdomen*. Vogel dice que hasta las violencias ejercidas sobre el feto durante el parto pueden provocar en él una hematemesis. Lo que hay de cierto es que los casos en que asi sucede son cuando menos sumamente raros. Las *contusiones del pecho* ¿habrán producido alguna vez el mismo efecto? Algunos lo han supuesto, pero no está demostrado. Lo mismo digo de los *esfuerzos* hechos para levantar un peso, aun cuando José Frank haya citado dos hechos en apoyo de esta proposicion, puesto que no está perfectamente probado que la hemorragia procediese del estómago mas bien que de los pulmones. Las mismas reflexiones son aplicables á las observaciones que se han presentado como casos de vómitos de sangre *durante el parto*.

Se ha llegado á asegurar que la *accion de los vomitivos y de los drásticos* podia producir la gastrorragia; pero J. Frank, que admite esta opinion, no cita hechos bien concluyentes. Me limito á indicar uno solo de los que ha citado (1), en el que si bien

(1) *Miscellanea nat. curios.*, dec. III, años 7 y 8, obs. 143.

es indudable que el emético ha provocado el vómito de sangre, se halla fácilmente la razon en la existencia de una úlcera que residia en las inmediaciones del píloro y habia invadido el páncreas. De este modo se concibe que el vomitivo produzca á veces la gastrorragia, en razon á que puede ocasionar la rotura de un vaso. ¿Sucede lo mismo con los *purgantes drásticos?*

Se han citado tambien como susceptibles de ocasionar la hemorragia del estómago las sustancias *emenagogas*, las que se administran para provocar el aborto, y otros muchos medicamentos; pero no es posible decidirse acerca de este punto sin tener observaciones mas exactas que las que poseemos.

Los *cuerpos estraños*, como huesos, piezas de moneda, etc., introducidos en el estómago, pueden, ulcerando este órgano, dar orígen á hemorragias mortales. Entre las observaciones de este género ningunas son tan concluyentes como las que han citado Schultzer (1) y Revolat (2).

Lo que hay de notable en el caso que refiere Schultzer, es que á pesar de cuantas investigaciones se han hecho, no ha sido posible hallar en la herida que ha causado en el estómago el hueso ingerido, ninguna arteriola que haya podido dar orígen á la gastrorragia.

Se han citado tambien ejemplos de hematemesis causada por la presencia de *lombrices intestinales* en el estómago, de lo cual refiere Latour una observacion; pero seria útil que se presentase mayor número de hechos semejantes. A veces ha sido causa de este accidente la introduccion de una *sanguijuela* en el estómago, y debo citar con este motivo un ejemplo que refiere el doctor Van der Bach (3). El sugeto de esta observacion fue un soldado que tuvo repetidas veces vómitos muy abundantes de sangre, los cuales cesaron inmediatamente despues de haber arrojado por la boca una sanguijuela viva: el enfermo declaró que bebia con bastante frecuencia de noche en un arroyo. Ya Riverio y algunos otros habian citado hechos semejantes, pero queda tan solo la duda de si en estos casos dependeria simplemente la hemorragia de la faringe ó del esófago.

(1) *Act. Acad. nat. cur. ephem.*, t. III, p. 307.
(2) *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, t. IV.
(3) *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, p. 554.

El doctor Defermon ha publicado (1) una observacion de hematemesis producida por la *inspiracion del gas hidrógeno carbonado.*

Pasaré por alto un gran número de causas cuya existencia no está de ningun modo demostrada, como la presencia de *insectos* en el estómago, el abuso de las *bebidas alcohólicas*, la *impresion del frio* estando el cuerpo sudando, las *emociones morales*, las *corridas*, los *gritos*, etc., para llegar á la *supresion de los flujos sanguíneos*, causa muy importante.

Ya Amato Lusitano y Salmuto (2) habian indicado la *supresion* de las hemorragias, y sobre todo de los *menstruos*, como capaces de producir el vómito de sangre. Los autores que los han seguido insistieron mucho acerca de este punto, y los hechos en apoyo de esta proposicion se han multiplicado estraordinariamente. Entre las veinte y siete observaciones de que he hablado, se ha notado esta causa en cinco, con la particularidad de que en todos estos casos la afeccion ha terminado de un modo favorable. No obstante veremos al tratar del *pronóstico* que no siempre se deben considerar á estos casos como de poca gravedad. La supresion de los demás flujos sanguíneos merece tambien que se haga mencion de ella, aun cuando es infinitamente mas rara que la de las reglas.

Se ha querido comparar á la supresion de estos flujos la *curacion demasiado rápida de los diversos fontículos* ó de las *úlceras antiguas*, y se ha citado principalmente respecto á este punto una observacion de Rhodius (3), en la que ha sobrevenido la hemorragia á consecuencia de la cicatrizacion de una *úlcera de las piernas;* pero ya se concibe cuán insuficientes son estos datos, porque no podemos saber si habia al mismo tiempo una afeccion orgánica del estómago, ó si tal vez seria la hematemesis una simple coincidencia. La misma reflexion es aplicable á la *supresion de la salivacion*, á la *curacion demasiado rápida de la tiña, etc.*

Se ha observado algunas veces la gastrorragia durante el estado de *preñez*, como ha sucedido en dos casos de los que he reunido para ilustrar la cuestion que nos ocupa. Entonces

(1) *Bulletin des sciences médicales* de Férussac, 1827.
(2) Cent. II, *hist.* 24.
(3) Cent. II, *obs.* 65.

hay alguna analogía con lo que se nota en la supresion de las reglas.

2.º Condiciones orgánicas.

Siguen ahora las que podian llamarse *causas orgánicas*, ó segun algunos causas próximas. Ya se comprende que no quiero hablar de la *superabundancia de sangre que admiten* ciertos autores, del *espesor de este líquido*, de la *obstruccion de los vasos*, ni del *paso de la sangre del páncreas al duodeno y del duodeno al estómago*, segun la teoría de Silvio y de Ettmuller; apenas haré mencion de la opinion de Christiern Weisbach (1), que creia que favorecia el vómito, en la supresion de las reglas, la *comunicacion de la vena porta con las venas del útero;* pero sí diré algunas palabras del *estado de la sangre*, de los *obstáculos al curso de este líquido*, y sobre todo de las *lesiones orgánicas* que se han hallado con frecuencia en el estómago.

Se han observado hematemesis á veces abundantes en ciertas afecciones en que ó se ha demostrado una alteracion de la sangre, ó tan solo la se ha supuesto. De esta naturaleza son los vómitos de sangre que se presentan en el *escorbuto*, la *calentura amarilla* y la *peste;* pero estas hemorragias solo tienen para nosotros un interés secundario en la ocasion presente, puesto que su descripcion corresponde á otro lugar. No sucede lo mismo con la hemorragia llamada *constitucional*, que en ciertos casos se ha presentado en diversos puntos del cuerpo al mismo tiempo que en el estómago, porque en efecto estas gastrorragias ofrecen grande interés; pero todavía no se han hecho bastantes investigaciones acerca del estado de la sangre en los casos de este género.

Respecto á los *obstáculos mecánicos* que se oponen al curso de la sangre, tampoco tenemos hechos concluyentes que pongan su existencia fuera de duda.

Quedan por último, como ya dejamos dicho, las *lesiones orgánicas*, que consisten casi todas en una *erosion* del estómago, las mas veces cancerosa, erosion que ha alcanzado á una arteria, y casi siempre á la coronaria. La ciencia posee

(1) *Cura omnium morb., De vomitu cruento.*

en el dia numerosos hechos de este género: en las veintisiete observaciones que he reunido, hay nueve casos de esta naturaleza, y se han presentado muchos á la Sociedad anatómica. Sin embargo, puede suceder que la erosion de la arteria sea efecto de una *úlcera no cancerosa*, de lo cual ha observado Louis un ejemplo tanto mas notable cuanto que la ulceracion era de una estension pequeñísima, y solo habia interesado una arteriola del estómago. Algunas veces hay necesidad de examinar este órgano con cierta atencion para descubrir la lesion de que estamos tratando, lo que debe hacernos todavía mas escrupulosos respecto á las diversas causas que asignaron á la gastrorragia los autores antiguos, y producir en nosotros dudas acerca de las numerosas hematemesis esenciales que se citan en los periódicos. El doctor Sunnan (1) ha observado una hematemesis mortal en un hombre de veintisiete años producida por la *rotura de uno de los ramos cardiacos de la arteria coronaria del estómago*, y en la cual se presentaron repetidas veces los vómitos de sangre en el espacio de unas treinta y seis horas.

He dicho antes de ahora que las divisiones de la hematemesis se habian fundado principalmente en la etiologia, y conviene que indiquemos aqui las que mas generalmente se han admitido. Martin Solon (2) divide el vómito de sangre en *idiopático*, que comprende la hematemesis *sucedánea* y la *crítica*, y en *esplánico*, es decir, que depende de una alteracion del *estómago* y cuya hematemesis puede tambien dividirse en *espontánea* y *traumática*; este autor admite además una *hematemesis simulada*. En el *Diccionario de medicina* se ha dividido la gastrorragia en dos géneros, segun que hay una simple *exhalacion de sangre ó rotura de un vaso*.

Andral admite las siguientes causas próximas de la gastrorragia: 1.° un *obstáculo mecánico* en la circulacion de la vena porta; 2.° una *irritacion* de la membrana mucosa gastrointestinal; 3.° una *congestion sanguínea* que ni es mecánica como en el primer caso, ni efecto de un trabajo de irritacion evidente como en el segundo, y 4.° ciertos *estados de la misma sangre*,

(1) *Monthly Journ. of med. sc.*, agosto de 1846.
(2) *Dicc. de med. y ciruj. prácticas*, art. HEMATEMESIS.

en los cuales se halla modificada de tal modo que tiende á escaparse por todas partes de sus vias normales (1). No es difícil conocer que esta division dista mucho de ser satisfactoria. Por de pronto la observacion no ha puesto aun fuera de duda la existencia de la primera causa, y en cuanto á la segunda, si es cierto, como dice Andral, que ciertos venenos corrosivos producen una hematemesis, esta es una irritacion enteramente especial que no debe ocuparnos aqui. La congestion sanguínea es un efecto y no una causa. Solo nos queda pues la cuarta especie admitida por todos, y especialmente notable en las hemorragias llamadas constitucionales.

La gastrorragia se ha dividido lo mismo que todas las hemorragias en *activa* y *pasiva;* pero es muy difícil, por no decir imposible, hallar la aplicacion de esta division en la práctica. Indicaremos mas adelante los caracteres por los cuales se ha creido reconocer la existencia de estas dos especies.

En resúmen, no debemos admitir mas divisiones que las siguientes: hemorragia *por exhalacion* ó sin lesion apreciable de los tejidos del estómago (2), y hemorragia por *erosion* ó *ulceracion*. ¿Pero deberemos atenernos á esta division en la descripcion que vamos á hacer de los síntomas? No lo creo necesario, en razon á que para el patólogo no se diferencian estos fenómenos de un modo sensible; sin embargo, al estudiar los síntomas de las enfermedades crónicas en que se presenta á veces la gastrorragia, daré á conocer en que se distingue la hemorragia por lesion profunda de los tejidos.

§. III.

SINTOMAS.

Casi todos los autores han descrito del mismo modo los síntomas de la hemorragia gástrica, y al leer sus descripciones parece que deben ser muy exactos y precisos los documentos de

(1) *Anat. path.*

(2) Debo repetir aqui que los casos de este género son sumamente raros, y que la mayor parte de los hechos que se citan como ejemplos son poco concluyentes. Al principio habia pensado estudiar estos hechos por separado, pero son tan insuficientes las observaciones, que he creido mas oportuno renunciar á este propósito.

donde han podido tomarlas; pero si no contentándose con estas descripciones generales se trata de examinar los hechos, pronto se conoce que es bastante difícil obtener datos positivos. Examinemos primero los síntomas designados como precursores de esta hemorragia.

Síntomas precursores. Son análogos á los de las demás hemorragias, y consisten en una sensacion de *calor en el epigastrio*, una *incomodidad*, una *tension* insólita en esta region, y á veces un *dolor* bastante vivo, un estado de *malestar*, de *ansiedad* y de *tirantez* en los lomos, una *alteracion* mayor ó menor de las *funciones digestivas*, un *gusto á sangre* ó bien un *sabor salado* en la boca, y en las hemorragias activas la plenitud y elevacion del *pulso*.

Si examinamos ahora las observaciones y hacemos abstraccion de los síntomas que anuncian la aparicion de la hemorragia, hallamos que la sensacion de calor epigástrico solo se ha notado dos veces en veintitres casos que he reunido; que no se ha observado con mas frecuencia la tension, mas no asi el dolor que se halla mencionado en ocho observaciones y que en algunas ha sido violento. No obstante, es preciso notar que en cinco casos se debia atribuir este dolor á la existencia de una enfermedad crónica exasperada y no á la congestion que precedia á la hemorragia. En cuatro casos en que no habia afeccion crónica, se menciona la pérdida de apetito que databa de muchos dias. Por el contrario, los trastornos de la digestion pueden referirse á un padecimiento antiguo, y lo mismo digo de los vómitos no cruentos y de las náuseas que molestan por lo comun á los enfermos. Finalmente, en ningun caso se ha hecho mencion de un gusto particular en la boca; pero lo mas notable es que á pesar de tanto como se ha insistido en el estado del pulso como signo precursor de la hemorragia, no se hace la menor mencion de sus caracteres en las observaciones.

De aqui resulta que distamos mucho de tener seguridad en la existencia de estos signos precursores que ciertos autores han descrito en vista sin duda de algunos casos particulares. Lo que sí sabemos bien es que muchas veces se ha presentado de pronto la hemorragia sin que nada haya podido hacer presagiar su aparicion.

No he hablado aqui del enflaquecimiento, la estenuacion ni

de otros síntomas de enfermedad crónica que indican algunos autores, porque es evidente que estos son signos de una afeccion orgánica preexistente, que de ningun modo pertenecen á la gastrorragia.

Síntomas. No se han estudiado con mucho mas cuidado los síntomas que la hemorragia presenta por sí misma. Los que anuncian, segun los autores, que se ha exhalado la sangre en la superficie del estómago ó que un vaso ulcerado la ha vertido en su cavidad, son casi los mismos de que acabamos de hablar y con los cuales se los ha confundido; pero además se agregan como signos de hemorragia interna las lipotimias, la palidez, el enfriamiento, el sudor frio y viscoso que cubre el cuerpo, las horripilaciones, la opresion y un dolor muy vivo en el epigastrio. Si se consultan las observaciones, se halla en efecto que pueden existir estos síntomas, pero que no se hace mencion de ellos ni con mucho en la mayoría de casos. Asi el *dolor* que ha faltado en ocasiones en que no obstante el vómito ha sido despues muy abundante, apenas se ha notado en dos enfermos, y lo mismo el *sudor frio* y los demás signos que acabamos de mencionar. No es decir con esto que estos signos no tengan ningun valor, pero se concibe cuán importante seria estudiar bajo este punto de vista la gastrorragia mejor de lo que hasta ahora se ha hecho. Se han indicado algunas veces una *sensacion de fluctuacion en el epigastrio*, una agitacion y una ansiedad notables, y ese *calor epigástrico* que al parecer se presenta mas bien como signo de hemorragia interna que como síntoma precursor.

Sin duda acompañaria á los signos que acabo de indicar el *sonido á macizo* en el epigastrio, si se examinasen los enfermos en el momento en que se efectúa la hemorragia en el estómago sin salir la sangre al esterior; pero por lo comun no es llamado el médico á notar la existencia de este signo, de que pronto vamos á hablar con mas estension, hasta despues de haber sobrevenido uno ó dos vómitos de sangre.

Se ha estudiado mejor este *vómito de sangre*, que es en efecto el que ha fijado casi esclusivamente la atencion de los autores. Despues de haberse presentado ó no los signos que quedan indicados, y ó bien persistiendo aun, ó luego que han cesado, los enfermos tienen primero *náuseas* y en seguida arrojan por

esfuerzos de vómito y *sin tos* una cantidad mayor ó menor de sangre.

La *cantidad* es sumamente variable, y asi en las observaciones hallamos enfermos que han arrojado 13 á 15 quilógramos (26 á 30 libras) en dos dias, al paso que otros apenas han echado medio quilógramo (una libra).

De aqui resulta que es igualmente muy diversa la *violencia* con que es espulsada la sangre; asi hay enfermos que despues de muchos esfuerzos de vómito, solo arrojan algunas bocanadas, miéntras que en otros sale á chorros por la boca y á veces por las narices.

El *color* del líquido no es siempre el mismo. Con mucha frecuencia es negro, lo cual indica, en cierto número de casos, que ha permanecido la sangre en el estómago, pero que en otros puede depender de haberse exhalado con este color en la superficie de la mucosa. Por el contrario, en algunos sugetos el líquido es rojo y presenta los caracteres de la sangre arterial, lo que se observa particularmente cuando la hemorragia es una consecuencia de la erosion de una arteria del estómago.

La *consistencia* de la sangre está en relacion con los caracteres que acabo de indicar, y asi cuando es negra se presenta por lo comun en coágulos ó en grumos mas ó menos resistentes; pero sin embargo otras veces permanece fluida, como sangre descompuesta. ¿Se puede deducir de estos caracteres, con algunos autores, una conclusion acerca de la naturaleza de la sangre exhalada? Es evidente que no, porque basta que permanezca por mas ó menos tiempo este líquido en el estómago para que presente aspectos muy variables.

En muchos casos de los que he reunido se ha notado la *mezcla de la sangre con sustancias alimenticias* mas ó menos alteradas por la digestion ó reducidas á una pasta quimosa. Es probable que si la atencion de los observadores se hubiese fijado en este punto, se habria hallado con mas frecuencia esta mezcla, cuya existencia es de importancia para el diagnóstico.

¿Cuáles son pues los síntomas que acompañan al vómito de sangre? Nada se puede decir de positivo acerca de este punto que sea aplicable á todos los casos, porque estos síntomas dependen de circunstancias muy diversas, tales como la abundan-

cia de la hemorragia, el susto del enfermo, la mayor ó menor facilidad con que sale la sangre, el estado en que se hallaba anteriormente el sugeto, y finalmente la causa misma de la hemorragia.

Relativamente á la abundancia, hallamos que cuando la cantidad de sangre arrojada en un tiempo dado es muy considerable, se manifiestan los síntomas de las hemorragias escesivas, como *debilidad*, *lipotimias y pulso sumamente pequeño:* sin embargo, no vayamos á creer que estos síntomas estan de tal modo ligados á la abundancia de la hemorragia que no se manifiestan en circunstancias diferentes, pues se han visto enfermos que han caido en un síncope despues de haber echado tan solo algunas bocanadas de sangre, al paso que otros han arrojado una cantidad enorme sin sufrir el mismo accidente. El susto y la emocion influyen mucho en la produccion de estos fenómenos, y sucede en esta hemorragia lo que ya hemos indicado en la hemotisis.

En algunos sugetos que arrojan la sangre al esterior segun que se va vertiendo en el estómago, no se observa la sensacion de plenitud, la *incomodidad epigástrica* que se halla en otros casos en que el líquido se acumula en el órgano en una cantidad bastante grande antes de ser espulsado. Se concibe pues que la ansiedad y el malestar que resultan de esta plenitud del estómago deben ser muy variables segun los casos, sin embargo de que los observadores solo han fijado su atencion en este punto de un modo bastante vago.

Creo casi inútil decir que en los sugetos debilitados por una enfermedad larga y que se hallen en un gran estado de postracion, la hemorragia produce mas fácilmente los fenómenos que hace poco hemos indicado, que en aquellos que han conservado todo ó casi todo su vigor, y de aqui resulta que la causa de la enfermedad influye mucho en la produccion de estos accidentes.

Tomemos por ejemplo los casos de *hemorragia supletoria:* se concibe que si el flujo sanguíneo es moderado, lejos de producir estos accidentes, deja al enfermo mas despejado y mas agil de lo que antes estaba, como se ha observado en un caso que cita Trinquarella, y en el cual se presentó por mucho tiempo una gastrorragia supletoria sin causar ninguna incomodidad. Se podrian multiplicar estos ejemplos.

Si por el contrario *la hemorragia depende de una afeccion crónica del estómago*, que ha alterado profundamente la salud, se observa que la estenuacion aumenta bajo su influencia con gran rapidez, y que se manifiestan todos los síntomas de abatimiento. Finalmente, si como sucede en ciertos casos de simple ulceracion que interesa una arteria *sobreviene la hemorragia en el curso de una salud casi completa*, y si no es bastante abundante para matar casi en el acto al enfermo, parece por de pronto que proporciona cierto alivio y solo se hace alarmante por su continuidad ó por su reproduccion.

Estos son los síntomas de la gastrorragia cuando todavía puede salir la sangre al esterior con mas ó menos facilidad; pero sucede con mucha frecuencia que no pudiendo arrojarla el estómago por el vómito, continúa derramándose en el interior de este órgano, y entonces se observan los síntomas de la hemorragia interna, que son comunes á todos los casos de este género. Estos síntomas son: *horripilaciones*, *enfriamiento de las estremidades*, *sudor frio y viscoso*, *terror*, *desaliento*, *pulso pequeño y muy frecuente*, y por último, *lipotimias* y *pérdida completa del conocimiento*. En estos casos se *puede conocer por la percusion que la sangre continúa acumulándose en el estómago*, y hasta es posible á veces seguir los progresos del derrame. No se necesita el plexímetro para llegar á obtener este resultado.

Hay otro síntoma que merece que le citemos, y que desde los primeros tiempos ha llamado la atencion de los médicos: hablo de la *presencia de la sangre en las deyecciones alvinas*. Por lo comun no se presentan las deposiciones cruentas hasta cierto tiempo despues de haber cesado la hematemesis, sin duda porque aun despues del último vómito, se ha vertido un poco de sangre en el estómago, que ha pasado en seguida á los intestinos, del mismo modo que las materias alimenticias. En estos casos la sangre se ha descompuesto en parte y comunica á la materia de las deposiciones un color negro, y por lo comun gran fetidez. A veces se hallan tambien entre las heces ventrales coágulos perceptibles. No siempre es fácil descubrir á primera vista la presencia de la sangre en las deposiciones negras y fétidas; pero si despues de haber vaciado completamente la vasija que las contiene se vierte cierta cantidad de agua sobre la corta porcion que en ella queda, se observa que vuelve á tomar el

color rojo y el aspecto de la sangre: ya F. Hoffmann habia indicado este medio de esploracion. En algunos casos preceden á estas deposiciones cruentas dolores cólicos mas ó menos fuertes, y un desarrollo mayor ó menor de gases en los intestinos.

Otras veces no suceden los accidentes como acabamos de decir, y la sangre sale al esterior al mismo tiempo por la boca y por el ano, motivo por el cual se habia dado á esta enfermedad el nombre de *cholera sanguinea*, como ya hemos dicho antes de ahora.

Cuando la enfermedad termina por la curacion, se observa que calma primero la ansiedad epigástrica, que los vómitos van siendo mas distantes, hasta que por último cesan completamente, y que al cabo de doce ó veinticuatro horas, rara vez mas tarde, aparecen las deyecciones sanguíneas; en el caso contrario, los síntomas solo remiten en parte, la hemorragia se reproduce varias veces, y finalmente sucumbe el enfermo, bien sea en un vómito de sangre, bien á consecuencia de una acumulacion repentina de este líquido en el estómago.

En los sugetos que recobran la salud, la convalecencia, en igualdad de circunstancias, es tanto mas larga cuanto mas abundante ha sido la hemorragia. Sucede con bastante frecuencia que cesa la gastrorragia; pero la afeccion orgánica que la ha producido continúa haciendo progresos, y los enfermos se van acabando de un modo lento.

Ya he dicho antes de ahora que en ciertos casos lejos de poderse considerar al vómito de sangre como una enfermedad, disipa un malestar mas ó menos considerable; pero si la hemorragia ha pasado de ciertos límites y se reproduce con frecuencia á intervalos cortos, queda una *anemia consecutiva* con los caracteres que la hemos asignado en su artículo correspondiente (véase tomo II, artículo *Anemia*).

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

En cierto número de casos esta hemorragia es *fulminante*, y cuando el vómito de sangre es sumamente abundante, este líquido sale con violencia por boca y narices, y el enfermo sucum-

be antes de que se le hayan podido prestar auxilios. Se observa con especialidad esta muerte casi repentina en los casos de rotura ó perforacion de una arteria. Algunas veces sucede lo mismo á pesar de ser el vómito poco abundante y hasta faltando completamente este síntoma, lo cual indica que se ha efectuado una hemorragia muy rápida que de repente ha distendido el estómago. En tales casos se ha hallado á veces la sangre reunida en un coágulo bastante resistente para conservar despues de su estraccion la figura del órgano.

Pero lo mas comun es que la hemorragia se reproduzca *repetidas veces* con intervalos muy variables. En las observaciones que he reunido, ha habido en unos casos cuatro ó cinco vómitos de sangre al dia, y en otros solo se ha presentado uno cada dos ó tres dias. Ordinariamente se observan en estos intervalos fenómenos morbosos mas ó menos notables.

Resulta de lo que acabo de decir que la *duracion* de esta hemorragia es de las mas variables, puesto que puede matar en algunos instantes ó prolongarse por bastantes dias. Las hemorragias supletorias que se presentan en las épocas de los menstruos, pueden persistir por muchos años; pero no son estos los únicos casos en que se haya observado esta larga duracion, porque Bartholino (1) cita la observacion de un hombre que tuvo por espacio de treinta años un vómito considerable de sangre conservando siempre buena salud. No obstante son raros los hechos de este género.

La *terminacion* de la enfermedad es las mas veces funesta, lo cual se concibe fácilmente despues de lo que hemos dicho antes de ahora, que por lo comun dependia de una causa orgánica grave ó bien de una lesion arterial imposible de remediar.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En el estómago de los sugetos que han muerto de gastrorragia se halla una cantidad variable de sangre líquida, ó formando grumos, ó mezclada, segun las circunstancias, con alimentos, pasta quimosa ó mucosidades: esta sangre es negra, lo cual

(1) Cent. III, hist. 36.

depende por lo comun de su permanencia en el estómago. Las paredes de este órgano se han presentado á veces infiltradas de sangre y equimosádas; pero en algunos casos muy raros en que la hemorragia se ha efectuado por simple exhalacion, no se halla absolutamente ninguna lesion de las vísceras. Louis me ha dicho que habia visto un hecho de este género.

He manifestado antes de ahora que la ulceracion era una causa frecuente de la gastrorragia: esta ulceracion es casi siempre de naturaleza cancerosa y presenta por consiguiente todos los caracteres del cáncer ulcerado, que no indicaré aqui porque se espondrán en uno de los artículos siguientes. Solo diré que estas úlceras se hallan por lo comun en tumores bien sean escirrosos, bien encefaloideos, de lo cual ha citado Latour muchos ejemplos, y que por el contrario, en algunos casos solo se encuentra una úlcera muy pequeña formada en el trayecto del vaso, con bordes duros y levantados, y hasta sin ninguno de los caracteres del cáncer. En un caso presentado á la sociedad anatómica habia una ulcerita de este género, tapada, lo mismo que la abertura de la arteria, por un coágulo que habia debido formarse en los últimos instantes de la vida. Unas veces reside la alteracion en el tronco de la arteria coronaria, y otras tan solo en una arteriola; pero esta variacion de asiento no ha producido en los casos que conocemos diferencia notable en la rapidez y abundancia de la hemorragia.

Se han citado tambien como lesiones pertenecientes á la gastrorragia las alteraciones orgánicas profundas del hígado, del bazo, del páncreas, en una palabra, de los órganos inmediatos, y en casi todos estos casos ha dependido la hemorragia gástrica de la abertura de una úlcera en el interior del estómago. No me estiendo mas en la descripcion de estas lesiones, que al fin no habria de ofrecernos resultados mas importantes para la práctica.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Al hablar en el tomo primero de esta obra de la *epistaxis* y de la *hemotisis*, he insistido mucho en el diagnóstico diferencial de estas afecciones y la que actualmente nos ocupa, y por consiguiente seria entrar en repeticiones inútiles el reproducir aqui

los caracteres que las distinguen; asi me limitaré á consignarlos en el cuadro sinóptico.

¿Hay alguna otra enfermedad con la cual se pueda confundir la gastrorragia? Antes de responder es preciso distinguir, porque la cuestion varía segun que haya vómito de sangre ó exista una hemorragia interna. Examinemos primero los casos en que se presenta un *vómito* de sangre mas ó menos abundante.

Algunas *afecciones independientes del estómago* pueden dar orígen á una verdadera hematemesis, y asi el doctor Yates (1) ha referido un caso en que una caverna pulmonar, que comunicaba con el esófago, produjo un vómito de sangre muy abundante que arrebató al enfermo en pocos instantes, y ya he hablado antes de ahora de las hematemesis producidas por la rotura de un aneurisma en el conducto alimenticio. En los casos de este género ¿se puede conocer el punto de donde procede la sangre vomitada? A primera vista parece que el exámen detenido de la region epigástrica puede conducir á este resultado, pero no siempre sucede asi, como lo prueba el hecho de Yates que acabo de citar, y en el cual se halló en la autopsia un coágulo voluminoso que ocupaba toda la cavidad del estómago. Ahora bien, si durante la vida se hubiera podido examinar la region epigástrica, se habrian hallado los signos de un derrame de sangre en el ventrículo, y lejos de hacer evitar el error, este exámen solo hubiera servido para caer en él. Unicamente podemos llegar á formar el diagnóstico diferencial por el estudio de los antecedentes del enfermo, y por los síntomas que ha desarrollado la enfermedad de los pulmones ó de la arteria. Asi en un caso semejante al del doctor Yates, podrian ponernos en camino de llegar al diagnóstico la tos, la hemotisis anterior, los esputos purulentos, la demacracion, y en una palabra los síntomas de la tisis pulmonar: sin embargo, se concibe fácilmente cuántas dudas deberian quedar, porque al fin y al cabo no es absolutamente imposible que un tísico sea acometido de una verdadera gastrorragia.

Alguna mas certidumbre habria en un caso de aneurisma de la aorta, en razon á que la abertura de este aneurisma en el

(1) *Makintosh 's Principles of physic*; Londres, 1831, t. I.

esófago no es una terminacion muy rara, y porque además como la sangre no ha permanecido en el estómago, se presenta con los caracteres arteriales cuando derramándose en el esófago por una rotura aneurismática, sale rápidamente al esterior. Por lo demas disto mucho de querer disimular todas las dificultades de estos diagnósticos, que no son todavia bastante exactos para que crea que deba incluirlos en el cuadro sinóptico.

Otras cuestiones se presentan ahora relativamente á las diversas especies de gastrorragia. *¿Es posible conocer en todos los casos la naturaleza y causa próxima del vómito de sangre?* No es mi ánimo tratar de establecer aqui una distincion entre la gastrorragia *activa* y la *pasiva*, puesto que las observaciones no han sido recogidas cual convendria para estudiarlas bajo este punto de vista, y que está ya reconocido que no es posible llegar á ningun resultado positivo. ¿Pero se puede conocer *si la gastrorragia es idiopática ó sintomática?* En los casos en que esta hemorragia se presenta despues de trastornos digestivos prolongados por mucho tiempo, de una grande estenuacion y en un sugeto que ha ofrecido signos de cáncer del estómago, tales como dolor, tumor en el epigastrio etc., se puede creer que la hemorragia depende de la ulceracion del cáncer: sin embargo, no se debe olvidar que aun en los casos de este género se puede efectuar una verdadera exhalacion de sangre en la superficie del estómago, que todavia no ha invadido el carcinoma. Resulta pues que aun rodean á este dianóstico oscuridades bastante grandes.

En cuanto á las hemorragias supletorias se las pueden conocer en que se presentan en las épocas en que debian aparecer las reglas, y cuando despues de una suspension mas ó menos larga de los menstruos, sobreviene la hemorragia y produce un alivio manifiesto.

En los demás casos es imposible decir en el estado actual de la ciencia cuál es la causa próxima de la gastrorragia. No podemos fundarnos en el color de la sangre, porque ya he dicho antes de ahora que basta la simple permanencia en el estómago para alterarla; ni tampoco en la abundancia de la hematemesis, puesto que en casos de simple exhalacion ha salido el líquido en tanta cantidad como cuando habia úlceras y perforaciones de la arteria; en una palabra, hay dudas acer-

ca de este punto que quizá nunca puedan llegar á disiparse.

Finalmente, queda la última parte que dista mucho de carecer de importancia. *¿Cómo se podrá reconocer cuando ha cesado el vómito de sangre, si la hemorragia continúa efectuándose en el estómago?* Se consigue esto atendiendo á la vez á los síntomas locales y á los generales, los que voy á dar á conocer en el cuadro sinóptico.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

Vamos primero á reproducir los diagnósticos diferenciales de la gastrorragia con la epistaxis y la hemotisis.

1.° *Signos distintivos de la gastrorragia y de la epistaxis, cuando despues que el enfermo haya tragado la sangre, la arroja por la boca.*

GASTRORRAGIA.	EPISTAXIS.
Conmemorativos. Por lo comun *síntomas* gástricos *anteriores*, como dolores, trastornos digestivos, etc.	*Conmemorativos. Ningun síntoma* gástrico.
Vómitos de sangre, *á los que no preceden* hemorragias nasales.	Hemorragias nasales *antes* de los vómitos de sangre.
No hay vestigios de sangre en las fosas nasales.	*Vestigios de sangre*, coágulos blandos ó secos en las fosas nasales.

Véanse además las reflexiones que siguen á este diagnóstico diferencial en el tomo I, pág. 20.

2.° *Signos distintivos de la gastrorragia y de la hemotisis.*

GASTRORRAGIA.	HEMOTISIS.
Sangre negra, en coágulos blandos, á veces difluentes.	En el mayor número de casos, *sangre roja* y *espumosa*.
Sangre arrojada por *vómitos* despues de *náuseas*, peso epigástrico, sensacion de fluctuacion, dolores de estómago, etc.	Sangre arrojada á consecuencia de *esfuerzos de tos* mas ó menos considerables.

Sonido á macizo en la region epigástrica.	*No hay sonido á macizo* en la region epigástrica.
Materias alimenticias mezcladas con la sangre.	*Sangre pura* ó mezclada con los esputos.
Despues de la hemorragia, *deposiciones negras* y fétidas, que contienen sangre.	Despues de la hemorragia, *deposiciones naturales*.
No hay estertor subcrepitante en el pecho.	*Estertor subcrepitante* en mayor ó menor estension del pecho.

3.° *Signos distintivos de la gastrorragia idiopática y de la gastrorragia sintomática.*

GASTRORRAGIA IDIOPÁTICA.	GASTRORRAGIA SINTOMÁTICA.
O *no hay* trastornos en la digestiva ó *datan de muy poco tiempo.*	Trastornos digestivos *mas ó menos prolongados.*
No hay estenuacion manifiesta.	*Demacracion* mas ó menos profunda.
No hay signos de tumor canceroso del estómago.	Dolor y *tumor* en el epigastrio.

Repito que conozco cuán incierto es este diagnóstico, y asi es que solo le presento como una espresion muy general de los hechos, advirtiendo al lector que no olvide las restricciones que hace poco le he puesto.

No creo necesario recordar ahora los caracteres propios para llegar á conocer la hemorragia supletoria, pero sí voy á indicar los signos de la gastrorragia cuando se acumula la sangre en el estómago sin salir al esterior.

4.° *Signos que indican que continúa la hemorragia, cuando ha cesado el vómito de sangre.*

Ansiedad, malestar, peso, fluctuacion y dolor en la region epigástrica.

Enfriamiento de las estremidades, horripilaciones y sudores frios y viscosos.

Debilidad, lipotimias y síncopes.

Pulso pequeño, miserable y filiforme.

Sonido á macizo mas ó menos estenso en la region epigástrica.

Pronóstico. Todos los médicos consideran como muy grave la hemorragia gástrica. He citado antes de ahora algunos casos en que el vómito de sangre, sin ser supletorio, se ha reproducido durante muchos años conservándose inalterable la salud; pero estos casos deben ser considerados como enteramente escepcionales. La hemorragia supletoria de los menstruos es la menos grave de todas, puesto que en los casos que he reunido ha terminado por la curacion; pero es preciso cuidar de no hacer un pronóstico favorable antes de haber estudiado bien la enfermedad, pues por ejemplo se pueden suspender los menstruos en mugeres que padezcan de cáncer, y si entonces se presenta la hemorragia gástrica, se cree en un flujo supletorio hasta que muy pronto los progresos de la enfermedad vienen á hacer ver que se habia tenido una esperanza mal fundada. Hay otros casos en que la hemorragia dependiente de una lesion del estómago ha impedido que apareciesen las reglas en la época acostumbrada, lo cual constituye tambien un origen de errores. Resulta pues que solo se debe tener verdadera seguridad cuando apareciendo la gastrorragia en épocas fijas se ha presentado por bastante tiempo sin alterar la salud, y con mayor motivo cuando produzca un alivio manifiesto. Estas reflexiones son aplicables á la gastrorragia que sobreviene en el curso de la preñez.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Pocos autores se han ocupado de un modo especial del tratamiento de la gastrorragia, pues casi todos remiten al lector al tratamiento de las hemorragias en general: sin embargo, hay que convenir en que es mucho mejor esponer al hablar de cada una de estas afecciones las medicaciones que contra ellas se han dirigido, puesto que cada una tiene sus caracteres propios, y que el tratamiento que exigen debe variar, si no en esencia, á lo menos en su modo de aplicacion. Por otra parte ¿hay derecho para establecer preceptos generales, cuando todavía no se ha pensado en dedicarse al estudio de los hechos particulares? Creo pues de

mi deber entrar en este artículo en una porcion de detalles, que de seguro no han de parecer inútiles.

Emisiones sanguíneas. Se ha hecho uso en esta hemorragia, lo mismo que en todas las demás, de las emisiones sanguíneas; pero ya desde luego se presenta una cuestion particular. Casi todos los autores encargan que solo se recurra á este medio en los casos de gastrorragia activa, y si su precepto fuese exacto, resultaria que el práctico tendria que verse muy perplejo, porque en ciertas circunstancias es muy difícil, como ya he dicho antes de ahora, decidir si una hemorragia es activa ó pasiva. Valdrá mas por consiguiente considerar, para el uso de este medio, el estado en que se halla el enfermo y cuál es la causa de la enfermedad. Si el sugeto es robusto y pletórico, y si se trata de una hemorragia supletoria en la cual la pérdida de sangre demasiado abundante parece exigir una derivacion, se puede recurrir á la *sangría* con menos temor que en otros casos. Esto es á lo menos lo que nos enseñan los autores, pues por lo demás dista mucho de haberse fijado de un modo positivo el valor de la sangría en la gastrorragia.

Si queremos convencernos de la verdad de mi asercion, no hay mas que echar una ojeada por lo que han escrito los observadores acerca de este punto. Los unos, tales como Bangius (1), Fed. Hoffmann (2), Storck (3) y muchos de los autores qué les han sucedido, quieren que se emplee la sangría general con resolucion; y otros como Tissot (4) y Quarin (5) no conceden grande influencia á este método curativo y temen sus efectos debilitantes. Es posible que si estos autores en vez de hablar de todas las gastrorragias de un modo general hubiesen tomado en consideracion los diferentes casos, habrian variado un poco sus conclusiones; pero lo cierto es que no lo han hecho, y que nada sabemos de positivo acerca del valor de la sangría general.

¿Se debe hacer esta *sangría general* poco abundante y repetida con frecuencia, como lo queria Sauvages, ó bien se tratará de

(1) *Prax. med.*
(2) *Opera omnia*, thes. med. *De vomitu cruent.*, suppl. sec.; Gen., 1760.
(3) *Krankh. des Weibe*, t. II.
(4) *Œvres complètes*, publicadas por N. Hallé; Paris, 1810, t. V.
(5) *Observations sur les maladies chroniques*, trad. par Sainte-Marie, Paris, 1807.

desviar, por medio de una sangría copiosa, la sangre que se dirige hácia el estómago? Fácilmente se concibe que no es posible dar respuesta á estas preguntas si no se trata de buscarla en un gran número de observaciones exactas: sin embargo, se puede decir desde ahora que no se hallan tan fuera de duda los efectos favorables de la sangría, que estemos autorizados á sacar de repente una gran cantidad de sangre en una afeccion en que puede aparecer la anemia con la mayor facilidad. Respecto al lado en que se debe abrir la vena, ya no se cree hoy, como sucedia en otros tiempos, que cuando el bazo está enfermo, sea preciso elegir el lado izquierdo.

En los casos de gastrorragia se han aplicado con frecuencia *sanguijuelas* al ano con objeto de obtener una derivacion, y se ha citado sobre este punto un caso observado por Lespagnol y en el que se atribuyó á esta aplicacion la curacion del vómito de sangre; pero ya se concibe que un solo caso por notable que parezca, no puede bastar para decidir la cuestion. Veinte ó treinta sanguijuelas son suficientes. Entre las observaciones que he reunido hay algunas en que se ha hecho uso de este medio, sin que al parecer haya producido ningun efecto inmediato que fuese digno de notarse. Tambien se han aplicado *ventosas escarificadas* á la region epigástrica, y se pueden incluir entre estos medios las *ventosas secas* que atraen la sangre hácia la piel. Estas últimas ventosas pueden ponerse en el epigastrio, en los lados de la base del pecho ó en la espalda.

Refrigerantes. No se han echado en olvido en la gastrorragia los medios de este género que se aplican á todas las demás hemorragias. En la afeccion que nos ocupa se pueden hacer llegar directamente los refrigerantes al asiento del mal, con cuyo objeto se ha prescrito el *agua fria en bebida* y *deshacer el hielo en la boca;* pero por lo comun no se contentan los prácticos con esta ingestion de un líquido frio y aplican tambien *hielo al epigastrio.* Los antiguos, segun refiere Pittschaft, ponian una *vejiga llena de hielo* en la region de la laringe, cuyo medio vendria á ser el análogo de la aplicacion del frio á los testículos en los casos de epistaxis (véase tomo. I, art. *Epistaxis*). Aun cuando no puedan decirnos las observaciones cuál es el efecto positivo del frio en la gastrorragia, no es posible prescindir de emplearle atendiendo á su accion en los casos del mismo género

que residen en otros órganos. Fed. Hoffmann cita un caso de hematemesis bastante considerable que se detuvo por la *inmersion de los pies y de las manos en agua fria.*

Acidos. Necesariamente han debido emplearse los ácidos en la gastrorragia, y asi los hallamos recomendados desde muy antiguo. Si se pudiese establecer de un modo exacto una distincion entre las gastrorragias activa y pasiva, probablemente se vendria á parar en que los ácidos convienen sobre todo en esta última; pero á falta de datos precisos, solo podemos presentar generalidades.

Entre los *ácidos vegetales* se hace principalmente uso del *zumo de limon*, del *vinagre* dilatado en agua ú *oxicrato* y del *zumo de granadas*. Marx recomienda el *agua saturada de ácido carbónico*, medicamento cuyo efecto puede á la vez contener la hemorragia y oponerse al vómito.

Con mucha mas frecuencia se emplean los *ácidos minerales* recomendados principalmente por Vicat y Vogel, pero me limitaré á remitir al lector para las dosis y fórmulas al tomo I, artículo *Epistaxis*, donde las hemos espuesto. J. Frank asegura haber obtenido efectos sorprendentes de la mezcla de la *pulpa acídula de tamarindos* con la goma arábiga, en la forma siguiente:

℞	Pulpa de tamarindos...........	60 gram.	(℥ij)
	Goma arábiga.................	12 gram.	(ʒiij)
	Azúcar blanca................	10 gram.	(ʒijß)

Se calienta durante algun tiempo con suficiente cantidad de agua y se filtra. Se toman 60 gramos (2 onzas) cada dos horas.

J. Frank no presenta ninguna observacion en apoyo de este tratamiento.

Astringentes. Entre los medicamentos de esta clase, el que se ha usado con mas frecuencia ha sido el *acetato de plomo.* Ya Barthold (1) habia recomendado este medicamento, que administraba en polvos del modo siguiente:

℞	Acetato de plomo..........	20 centígram.	(4 gr)
	Goma arábiga..............	4 gram.	(ʒj)

Se mezcla exactamente, y se divide en doce partes iguales, de que se toman tres al dia.

(1) *Med. and phys. Journ. Philadelph.*

Denton (1) ha prescrito el acetato de plomo á dosis considerables, puesto que recomendaba la fórmula siguiente:

℞ Estracto seco de cicuta.....	25 centígram.	(5 gr)
Acetato de plomo..........	15 centígram.	(3 gr)

Mézclese. Se toma esta dosis cada dos horas.

Otras veces se ha administrado este medicamento bajo otra forma, y asi Laidlaw ha elogiado contra la hematemesis la pocion siguiente, en que está unido el acetado de plomo á otras sustancias igualmente recomendadas.

℞ Acetato de plomo........	80 centígram.	(16 gr)
Tintura de opio..........	4 gram.	(ʒj)
Ácido acético debilitado..	60 gram.	(℥ij)
Agua destilada...........	80 gram.	(℥ijß)

Mézclese. Se toma una cucharada cada cuatro horas.

Repito que es lástima que la insuficiencia de las observaciones no permita indagar cuáles son los efectos positivos de este medicamento, y cuáles los inconvenientes que puede tener.

Seria fácil aumentar la lista de las sustancias de este género citando la práctica de los médicos de los siglos pasados, que usaban el *coral rojo*, la *tierra sellada*, el *bolo de Armenia*, *etc.*, pero estos medicamentos no tienen bastante importancia para que vuelva á repetir lo que he dicho respecto á ellos al tratar de la epistaxis. Por el contrario, hay otros de que conviene que nos ocupemos, tales son la *ratania*, el *cornezuelo de centeno* y el *tanino*.

La *ratania* se ha usado con menos frecuencia en esta hemorragia que en la mayor parte de las otras: sin embargo en una de las observaciones que he reunido, hay un hecho que parece prueba su eficacia. En un caso que ha observado el doctor Havy y que era notable por la demacracion del enfermo y la gravedad de los síntomas que habian precedido, la hemorragia, que se reprodujo repetidas veces, parece que se detenia siempre desde que se hacia uso de una pocion en que entraba la ratania. No obstante, es preciso convenir en que este caso dista mucho de ser suficiente, pues ya hemos dicho antes de ahora que el curso natural de la gastrorragia es detenerse para luego mas tarde reproducirse, y pudo haber solo en este caso una

(1) *The Lond. med. Reposit.*, t. XX; 1823.

simple coincidencia. Se puede prescribir la pocion siguiente:

℞	Estracto de ratania..	de 1 á 4 gram.	(18 ℥ á ʒj)
	Agua de rosas.......	120 gram.	(℥jv)
	Jarabe tartárico.....	30 gram.	(℥j)

Se ha administrado el *cornezuelo de centeno* en polvo, bien solo, bien mezclado con el *tanino*. Se pueden dar estos dos medicamentos asociados del modo siguiente:

℞	Cornezuelo de centeno.....	1 gram.	(20 ℥)
	Tanino..................	50 centígram.	(10 ℥)

Divídanse en dos papeles, de que se toma uno por la mañana y otro por la tarde.

Sin embargo, estos medicamentos han sido administrados mucho menos en la gastrorragia que en la *metrorragia*, y asi volveremos á ocuparnos de ellos al tratar de esta última enfermedad.

Estípticos. Entre los estípticos de que se ha hecho uso es preciso citar principalmente el *alumbre*, el *sulfato de hierro* y el *sulfato de cobre;* pero como ninguno de los autores que los han recomendado han entrado en pormenores suficientes acerca de este punto, no creo que deba citar todas las fórmulas, porque no es cierto que el uso de estos medicamentos sea inocente, y nada sabemos de positivo acerca de su eficacia. Me contentaré pues con indicar la siguiente fórmula propuesta por José Frank:

℞	Alumbre.....................	1,25 gram.	(℈j)
	Mucílago de goma arábiga.....	30 gram.	(℥j)
	Jarabe de canela.............	15 gram.	(℥ß)
	Agua comun..................	240 gram.	(℔ß)

Se toma á cucharadas.

Hay algunas *sales de hierro*, y en particular el *carbonato*, que han sido recomendadas por Hoffmann y Tissot, y se ha recurrido especialmente á las preparaciones ferruginosas en los casos en que se ha atribuido la enfermedad á una supresion de las reglas. Segun Fed. Hoffmann se ha observado que haciendo muchas veces aparecer los menstruos á beneficio de este medicamento, ha cesado casi siempre la gastrorragia; pero volveré á ocuparme de este punto al hablar del tratamiento propio de la gastrorragia supletoria.

Antiespasmódicos y narcóticos. Se han empleado igualmente los antiespasmódicos y los narcóticos y entre ellos el *opio* ha

sido el que se ha usado con mas frecuencia; pero no estan conformes los autores en la preparacion opiada que conviene administrar. Unos quieren, con José Frank, que se dé el opio en una emulsion del modo siguiente:

℞ Opio puro................	5 centigram.	(1 g̃)
Emulsion arábiga.........	180 gram.	(℥vj)

Se toma á cucharadas.

Otros recomiendan unir el *opio con los ácidos minerales*, y algunos se contentan con administrar *lavativas laudanizadas*, elevando la dosis del láudano á 15 gotas para una lavativa de 150 gramos (5 onzas) de cocimiento de malvas (José Frank). Vogel reemplazó el láudano con un *cocimiento de hojas de beleño*. Seria imposible decir si algunas de estas preparaciones son mas útiles que las otras, y lo único que hay de cierto es que muchos autores han hecho uso de los narcóticos, lo cual se concibe fácilmente puesto que es de importancia en esta enfermedad el procurar la quietud de los órganos afectados.

Kammerer (1) prefiere la *belladona* al opio, y asegura haber obtenido escelentes resultados de su administracion.

Se han hecho algunas objeciones contra el uso de los narcóticos, sobre todo del opio, y la única que conviene indicar aqui es la de J. Frank, que temia que suprimiendo este medicamento las deposiciones ventrales, determinase la retencion de los coágulos sanguíneos en el conducto intestinal; pero está claro que este temor no debe ser obstáculo que impida que se combata la hemorragia por los narcóticos, en razon á que no está probado de ningun modo que la retencion de los coágulos sanguíneos tenga semejantes inconvenientes, al paso que la reproduccion de la hemorragia los tiene é innegables.

Vomitivos. ¿Se deben emplear los vomitivos en la gastrorragia? Segun el doctor Sheridan no es posible dudarlo, pues este autor refiere (2) dos casos en que la hemorragia gástrica ha cedido despues de la administracion de la *ipecacuana* á dosis vomitiva; pero ¿qué parte ha tenido el medicamento en la terminacion feliz? No es posible decirlo en razon á que los casos no estan suficientemente especificados. Cualquiera que lea

(1) *Emploi de la belladone contre les vomissemens de sang*. (*Bull. des sc. méd.* de Ferussac, marzo de 1825.)

(2) *Trans. of the assoc. of fellows aud licent.*; Dublin, 1824.

con atencion las observaciones conocerá que no podemos decidirnos de un modo tan positivo acerca de la influencia de los vomitivos en esta enfermedad, y que por el contrario es lícito conservar algunos temores respecto á las consecuencias de su administracion, á lo menos en un gran número de casos. Si por ejemplo procediese la sangre de una ulceracion, ¿no es evidente que evacuando los coágulos del estómago, lo que se hace es favorecer la hemorragia mas bien que contenerla? Estas consideraciones bastarán para hacer al práctico muy prudente, á lo menos hasta que haya observaciones mas exactas y numerosas que aboguen en favor de esta medicacion. Sea como quiera, añadiremos que la ipecacuana ha sido la que se ha usado casi siempre, y que el doctor de Mez ha prescrito este medicamento á la *dosis de* 15 *centígramos* (3 granos) *de hora en hora.*

Otros médicos quieren que no se haga mas que *titilar la campanilla y el istmo de las fauces* para provocar el vómito.

Todavía se emplean con menos frecuencia los *purgantes*, y Portal (1) mismo se ha declarado contra su uso y ha señalado sus inconvenientes. Asi pues, cuando mas se han administrado *ligeros minorativos*, y José Frank propone el siguiente:

℞	Raiz de ruibarbo..............	2 gram. (ʒß)
	Goma arabiga..................	15 gram. (ʒß)
	Miel pura......................	30 gram. (℥j)
	Agua..........................	300 gram. (℥x)

Se hace hervir durante media hora. Se toma á cucharadas.

Me limitaré á advertir que no tenemos ninguna prueba de que los medicamentos de este género hayan sido verdaderamente útiles, y que pueden tener los inconvenientes de los anteriores.

Diversos medios. ¿Qué diremos de un gran número de medios como el *vejigatorio al abdomen*, las *unturas* á este mismo punto con un *linimento alcanforado* y *oleoso*, como lo queria Hoffmann, el uso del *agua de laurel real*, del *aceite de trementina*, la *mil en rama*, etc.? Los hechos son insuficientes para que podamos formarnos la menor idea acerca de su valor.

Tratamiento de la gastrorragia en sus diversos periodos. Acabo de dar á conocer el tratamiento de la gastrorragia *durante los vómitos de sangre;* pero *¿qué se debe hacer en los inter-*

(1) *Mém. de la Soc. de Emul.*, t. II.

valos, y especialmente cuando se presentan los síntomas que antes de ahora hemos indicado? Para responder á esta pregunta es necesario distinguir los casos. Si por medio de la inspeccion detenida llega el práctico á asegurarse de que *continúa efectuándose la hemorragia en el interior del estómago*, es preciso insistir con energía en los medios anteriormente espuestos, porque lo esencial entonces no es ya impedir el vómito de sangre, sino contener el flujo en su orígen. Si se reconoce por el contrario que *no continúa saliendo la sangre*, y que la ansiedad, el peso en el epigastrio, etc., dependen de la plenitud del estómago y sin duda de la existencia de coágulos en su cavidad ¿conviene evacuar este órgano? Lo que he dicho hace poco ha debido bastar para comprender todo el peligro que podria haber en obrar de este modo; es verdad que los síntomas producidos por la presencia de coágulos en el estómago pueden ser muy incómodos, pero nada importan en comparacion del peligro que habria en provocar una nueva hemorragia, cuya abundancia era imposible prever. Asi pues los únicos medios que se deben usar en este caso son: la quietud absoluta, la aplicacion del frio al epigastrio, y mantener hielo en la boca, dejando al estómago el cuidado de desembarazarse mas tarde de las materias que contiene. Tal vez no se debiera obrar del mismo modo si el estómago estuviese muy distendido y esta distension produjere un malestar escesivo; pero por desgracia nada nos ha enseñado la observacion acerca de este punto.

Ya hemos dicho al hacer la descripcion de los síntomas, que los *dolores cólicos* y el *desarrollo de gases en los intestinos*, que indican que la sangre ha pasado del estómago á la parte inferior del conducto digestivo y que preceden á las deposiciones sanguinolentas, aparecen en general algun tiempo despues de haber cesado el vómito; en estos casos y para favorecer estas deposiciones, se recomienda el uso de ligeras *lavativas purgantes*, que en tal concepto pueden ser efectivamente útiles, pero que solo deben colocarse entre los medios auxiliares. Tambien pueden servir para cubrir esta indicacion simplemente las lavativas emolientes repetidas con bastante frecuencia.

En el mayor número de casos no ha concluido aun el tratamiento *despues que ha cesado del todo el vómito de sangre*,

sino que por lo comun hay necesidad de emplear los medios apropiados para restablecer las fuerzas del enfermo sumamente debilitadas, y á veces hay que recurrir á medicaciones especiales para combatir la causa misma de la hemorragia. La anemia que resulta de pérdidas abundantes de sangre y la debilidad que es su consecuencia, se combaten con los *tónicos* y los *analépticos*, entre los cuales se hace principalmente uso de la quina y de los caldos animales. Si la anemia fuese rebelde y tuviese tendencia á prolongarse, seria preciso tratarla como hemos indicado en el artículo destinado á esta afeccion (véase artículo *Anemia*, t. III, pág. 63 y siguientes). Creo inútil insistir acerca de este punto, pero no sucede lo mismo relativamente á la segunda parte de la cuestion que acabo de presentar, porque ya se concibe cuánto interesa prevenir la reproduccion de un accidente tan grave como la gastrorragia. Esto nos conduce á decir dos palabras acerca del tratamiento de las diversas especies de hemorragia gástrica.

Tratamiento de la gastrorragia supletoria. La gastrorragia consecutiva á la supresion de las reglas, si se presenta sin que haya síntomas de una afeccion crónica del estómago por la que puedan esplicarse tanto la supresion del flujo natural como la aparicion del accidental, no se debe contener hasta que la cantidad de sangre arrojada esceda de un modo notable á la del flujo menstrual. Luego que ha cesado la hemorragia, se debe tratar de restablecer la evacuacion normal por los diversos medios conocidos: asi pues se hará uso de algunas sanguijuelas aplicadas á las partes genitales hácia la época de las reglas, del vapor de agua dirigido á la pelvis y de los emenagogos poco violentos. Tissot quiere que en estos casos se empleen los ferruginosos, pero Cullen se opone á la administracion de estos medicamentos y los demás que se dan para restablecer el flujo menstrual, porque dice que contribuyen á hacer mas violenta la hematemesis activa que existe en semejantes casos. Es lástima que los médicos que han agitado este punto no hayan sostenido su opinion con hechos, pero los temores de Cullen me parecen exagerados.

Se ha observado, y Lanzoni refiere un hecho notable (1),

(1) *Ephem. Acad. natur. curios.*, cent. I, obs. 41.

que el matrimonio ha hecho cesar un vómito de sangre supletorio que se habia reproducido varias veces, lo cual ha dependido entonces, ó de la reaparicion de los menstruos que ha coincidido con la cesacion del vómito ó del estado de preñez.

Tratamiento de la gastrorragia durante la preñez. ¿En los casos de hemorragia gástrica que se presenta en la preñez se debe recurrir á algun tratamiento especial? Nada hay que lo pruebe, y asi lo único que se debe hacer es cuidar de que el flujo no sea escesivo, tranquilizar á la enferma y apelar al uso de los medios anteriormente indicados en el caso en que la hemorragia sea abundante.

Tratamiento de la gastrorragia escorbútica. Hemos dicho antes de ahora que se habia observado el vómito de sangre en sugetos que presentaban signos de un estado escorbútico. En estos casos es preciso insistir en la administracion de los ácidos minerales, en sostener las fuerzas por medio de los tónicos y emplear los diversos medios propuestos en el artículo *Escorbuto*, medios que deben usarse igualmente en los casos de hemorragia llamada constitucional.

Accidente de la gastrorragia que es preciso conocer para remediarle pronto. Durante el vómito de sangre puede ocurrir un *accidente* que importa mucho conocer y del que P. Frank ha referido un ejemplo notable. Un sugeto fue acometido de un vómito abundante de sangre, durante el cual se detuvieron coágulos considerables en el istmo de las fauces y en la boca y ocasionaron una sufocacion repentina: el enfermo se hallaba solo y cayó en tierra sin conocimiento. Habiendo sido llamado P. Frank, se apresuró á desobstruir las fauces logrando por este medio salvar al enfermo. Asi pues siempre que haya pérdida de conocimiento, se debe examinar con cuidado la cámara posterior de la boca á fin de imitar en semejantes circunstancias la conducta de P. Frank.

Hay cierto número de precauciones que son aplicables á todos los casos y que no debo prescindir de indicar aqui.

Precauciones generales que se deben tomar en el tratamiento de la gastrorragia.

Desnudar cuanto antes al enfermo y ponerle en una cama fresca con la cabeza un poco elevada.

Evitar todas las afecciones morales.

Evitar todos los esfuerzos inútiles, y al efecto mantener el vientre libre, etc.

Resúmen y prescripciones. Tal es el tratamiento de que mas generalmente se hace uso contra esta grave hemorragia. No he querido disimular cuánto tiene de vago é incierto en la mayor parte de sus puntos, porque conviene que se sepa lo mucho que todavía falta por hacer. No hay duda de que este asunto es muy difícil en razon á que los casos son muy variables, y la inminencia del peligro hace que se eche mano á la vez de un gran número de medios; pero esta no es una razon para que se renuncie á estudiar este tratamiento, y sí solo un motivo mas para que se recojan las observaciones con grandísima severidad. Por lo demás, debemos hacer notar que el uso de la sangría moderada, de las bebidas ácidas y astringentes y el uso del frio al esterior é interior, son los únicos medios respecto á cuya utilidad estan acordes los autores, y que entre los demás de que se hace uso, los opiados y los antiespasmódicos son los que cuentan mayor número de partidarios.

Vamos ahora á esponer en algunas prescripciones la conducta que se debe seguir en los casos principales.

PRESCRIPCION I.

EN UN CASO DE HEMORRAGIA POCO ABUNDANTE EN UN SUGETO TODAVÍA ROBUSTO.

1.° Para bebida, limonada cítrica.
2.° Aplicacion de compresas frias al epigastrio.
3.° Mandar disolver pedazos de hielo en la boca.
4.° Quietud absoluta y dieta.

Si no fuesen suficientes estos medios sencillos y se prolongase la hemorragia, se recurriria á la medicacion indicada en la prescripcion siguiente.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE HEMORRAGIA ABUNDANTE Ó QUE SE PROLONGA DEMASIADO.

1.° Para bebida, limonada sulfúrica (véase tomo I, artículo *Epistaxis*).

O bien:

Infusion de consuelda mayor con 25 á 30 gotas de agua de Rabel para cada medio kilógramo (una libra).

2.° Pocion aluminosa (véase pág. 33).

3.° Aplicacion del frio interior y esteriormente.

Se hará uso con ventaja de una vejiga medio llena de pedazos de hielo que se aplicará al epigastrio, á los testículos ó á la laringe.

4.° ℞	Opio puro................	5 centígram.	(1 g̃)
	Emulsion de goma........	180 gram.	(℥vj)

Mézclese. Se toma á cucharadas.

5.° Aplicar sinapismos á las estremidades, ó bien maniluvios ó pediluvios sinapizados.

6.° Quietud absoluta y dieta como en la prescripcion anterior.

Creo innecesario multiplicar estas prescripciones en atencion á que es muy difícil prever los diversos casos particulares y por el contrario sumamente fácil agrupar los medios anteriormente espuestos, segun las exigencias de cada uno de estos casos.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° Emisiones sanguíneas, refrigerantes, ácidos, astringentes, estípticos, antiespasmódicos, narcóticos, vomitivos, purgantes y medios diversos.

2.° Tratamiento de la gastrorragia en sus diversos períodos.

3.° Tratamiento de la gastrorragia supletoria.

4.° Tratamiento de la gastrorragia durante la preñez.

5.° Tratamiento de la gastrorragia escorbútica y constitucional.

ARTICULO II.

EMBARAZO GÁSTRICO.

Se halla esta afeccion descrita de un modo tan vago en los autores que es muy difícil formarse una idea exacta de ella. Los antiguos que bajo los nombres de *dispepsia*, *calentura gástrica* y *calentura biliosa* reunian cierto número de enfermedades diferentes, necesariamente hacian entrar en sus descripciones una porcion de síntomas que en la actualidad hay que referir á otras enfermedades. Sin caer los modernos absolutamente en esta confusion, de tal modo han descuidado el estudio de esta enfermedad por medio de la observacion, que no les ha sido posible conseguir trazar con exactitud sus límites. Se ha llegado hasta negar la existencia del embarazo gástrico, y á hacer de esta afeccion una variedad de la *gastritis crónica*, opinion que no hace mucho ha emitido Roche (1): sin embargo, sucede diariamente en los hospitales, y es muy frecuente en la práctica civil, ver enfermos que presentan síntomas perfectamente bien caracterizados que no pueden referirse á una verdadera gastritis, y que ceden muy pronto al tratamiento evacuante. Asi esta afeccion tiene un aspecto propio, no puede confundirse con ninguna otra, y su curso agudo y rápido no permite que se la refiera á la gastritis crónica. Se hace por consiguiente de absoluta necesidad hacer por separado su descripcion é indicar su tratamiento particular.

He dicho hace poco que en general no se han reunido bien los documentos necesarios para estudiar el embarazo gástrico, porque casi siempre los autores se han contentado con describirle segun sus recuerdos ó en vista de descripciones anteriores. La poca gravedad de esta afeccion esplica este descuido, que no por eso es menos perjudicial, puesto que nos deja en duda respecto á una porcion de cuestiones importantes. No obstante es preciso decir que Martin Solon se ha ocupado de este asunto de un modo un poco mas exacto, y sobre todo que se ha entre-

(1) *Nuevos elementos de patologia médico-quirúrgica*, 4.ª edicion, Madrid.

tenido en recoger hechos capaces de ilustrar los puntos principales de la historia del embarazo gástrico. Recurriré pues en este artículo á la memoria que este autor ha publicado acerca de esta afeccion (1).

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

No siéndonos conocidas las lesiones que constituyen el embarazo gástrico y variando mucho, como ya hemos dicho, las descripciones de los autores, es bastante difícil dar una definicion exacta de la enfermedad. Sin embargo, atendido á los hechos que he consultado, creo que debemos adoptar la siguiente: El embarazo gástrico es una afeccion caracterizada principalmente por la pérdida del apetito, sabor amargo ó soso en la boca, una sensacion de plenitud en el estómago, malestar, cefalalgia, y por la rápidez con que ceden estos síntomas á los evacuantes. Según la mayor parte de los autores habria otros muchos síntomas característicos, pero veremos en la descripcion en que vamos á entrar que estos síntomas distan mucho de ser esenciales.

El embarazo gástrico forma parte, como ya hemos dicho antes de ahora, de las afecciones conocidas con los nombres de *calentura gástrica biliosa*, y se le ha designado tambien con las denominaciones de *estado saburral* ó *mucoso*, *saburra del estómago*, *embarazo bilioso*, *calentura gástrica saburral*, *etc.* José Frank le describe con otras muchas afecciones mal definidas bajo el nombre de *calentura saburral secundaria.* Finalmente citaré tambien los nombres de *febris stomachica*, de *saburral fieber* de los alemanes y de *febbre gastrica* de los italianos.

No se ha tratado de fijar de un modo exacto la *frecuencia* del embarazo gástrico; pero el gran número de casos que anualmente se presentan á la observacion de los médicos prueba bastante bien que es muy grande. Veremos mas adelante si es posible saber en qué época del año aumenta esta frecuencia.

(1) *Gazette médicale* de Paris, 1836, p. 241.

§. II.

CAUSAS.

1.º Causas predisponentes.

Es imposible decir, en vista de las observaciones, si realmente hay causas predisponentes del embarazo gástrico; sin embargo los autores no han dudado en admitir cierto número, y en su juicio el *verano* y el *otoño*, y segun algunos la *primavera*, son las estaciones en que principalmente se presenta esta afeccion. Atendiendo á las impresiones generales se puede decir que el embarazo gástrico parece mas frecuente hácia el *fin del verano*.

El habitar en *sitios fríos y húmedos*, la *mala nutricion*, la *falta de abrigo* y un *trabajo superior á las fuerzas*, son tambien causas cuya existencia está generalmente admitida; pero ya se concibe cuánto dejan que desear las investigaciones acerca de este punto, porque casi siempre se han tenido presentes las clases pobres, en las cuales se hallan constantemente reunidas estas circunstancias, de tal modo que obrando asi se las podria dar como causas de todas las enfermedades.

Se han colocado igualmente en esta clase de causas la *vida sedentaria*, los *trabajos mentales* y las *vigilias prolongadas:* siendo los síntomas principales del embarazo gástrico los trastornos digestivos, naturalmente se han inclinado los autores á admitir la influencia de estas causas, pero sin poder no obstante trazarles límites.

Tambien han hallado un lugar en esta lista las *pasiones vivas* y las *emociones morales fuertes*. Sin tratar de resolvernos de un modo positivo acerca de este punto, haremos notar que en una observacion que ha referido Martin Solon, el embarazo gástrico se ha manifestado inmediatamente despues de un *gran susto*. Sabemos además cuál es la influencia de las emociones intensas en las funciones del estómago.

Respecto á los *escesos habituales*, asi en el régimen como en las relaciones sexuales, lo mismo que á la *tristeza prolongada*, no podemos hacer mas que indicarlos aqui á falta de datos necesarios.

En cuanto á la *edad*, al *sexo*, á la *constitucion* y al *temperamento*, no se han hecho investigaciones suficientes: sin embargo, hé aqui lo que resulta de quince observaciones tomadas de Martin Solon.

Habiéndose recogido estas observaciones en un hospital en que solo se admiten adultos, nada nos dicen con exactitud relativamente á la *edad*; sin embargo, se nota que todas las edades admitidas se encuentran representadas en este trabajo. Se ha dicho que la *vejez* predisponia principalmente á esta afeccion, que en efecto es muy frecuente en la Salitrería y en Bicetre, hospicios de ancianos.

De catorce individuos cuyo *sexo* se indica en las observaciones de Martin Solon, nueve eran *mugeres*, resultado que conviene notar, aun cuando los hechos no sean bastante numerosos para fijar nuestra opinion.

La generalidad de los enfermos eran de *constitucion* fuerte, y solo en un número muy escaso se indica que el *temperamento* fuese *bilioso* ó *bilioso sanguíneo*.

2.° Causas ocasionales.

Poco mas instruidos nos hallamos acerca de las causas ocasionales, y esto tambien por falta de observaciones bien recogidas. Se admite que la mayor parte de las causas de que queda hecho mencion pueden dar orígen al embarazo gástrico cuando aparecen de un modo repentino, y asi es que *un esceso á que no se está acostumbrado*, el uso de *sustancias indigestas* ó de otros alimentos que soporte dificilmente el estómago, y una *indigestion*, cualquiera que haya sido la causa que la haya producido, son las principales causas escitantes á que se atribuye esta enfermedad. No obstante, debemos decir que se ha exagerado mucho la influencia de estas causas, colocando entre ellas el uso de una multitud de sustancias alimenticias que se ingieren impunemente todos los dias. ¿Deberemos decir, por ejemplo, con J. Frank, que los huevos duros, el pan caliente, los melones etc., son verdaderas causas de infarto gástrico? Estamos tanto menos autorizados para hacerlo, cuanto que este mismo autor se ve precisado á reconocer la existencia de una *constitucion anual desconocida*,

lo cual prueba que no es tan fácil determinar las causas ocasionales. Añádase á esto que es muy frecuente observar sugetos que padecen esta enfermedad *sin haber cambiado en nada su régimen habitual.*

§. III.

SÍNTOMAS.

Al hacer la descripcion de los síntomas es cuando especialmente se halla gran dificultad en encerrarse en límites bien exactos. En efecto, ya hemos dicho antes de ahora que se habia referido el embarazo gástrico á un gran número de estados diferentes, de donde resulta que se han hallado embarazos gástricos con una calentura intensa y prolongada, con accidentes intestinales mas ó menos graves, con trastornos cerebrales como en la epidemia de Tecklemburgo que describió Finke en 1776 (1), con accidentes febriles intermitentes ó remitentes, como en la epidemia de Lausana que observó Tissot en 1755 (2), en una palabra, con los síntomas mas variados. Voy pues á trazar, en vista de las observaciones que he podido reunir, un cuadro rápido del estado á que se puede dar sin disputa el nombre de *embarazo gástrico*, y se hallará que esta enfermedad es mucho mas simple de lo que han creido estos autores, que con este nombre han descrito evidentemente la mayor parte de las afecciones febriles graves ó ligeras.

Un síntoma capital y que se observa desde el *principio* de la enfermedad es una *anorexia* casi siempre completa, y hasta por lo comun hay *aversion* estremada á los alimentos. Este síntoma no ha faltado en ninguno de los casos observados por Martin Solon.

Al mismo tiempo se quejan los enfermos de un *gusto* unas veces *amargo*, otras *soso* ó *enteramente especial*, pero siempre molesto y desagradable. La *boca* está *pastosa*, y los sugetos ejecutan con frecuencia una especie de movimiento de deglucion como para librar á este órgano de una sustancia pegajosa que les incomoda. La *lengua* está cubierta de una *capa*

(1) *Histoire de l' epidémie bilieuse qui eut lieu dans le comté de Tecklembourg*, trad. par Lugol; Paris, 1815, en 8.º

(2) *Dissertatio febribus biliosis;* Lausana, 1780.

mas ó menos gruesa, blanca ó blanco amarillenta, que los autores han designado con el nombre de *capa saburral ó limosa*. Martin Solon ha notado en cierto número de casos que el *aliento* tenia una *fetidez* particular, á la que se ha dado el nombre de *aliento saburral*.

Algunas veces hay *náuseas* que acompañan á estos síntomas, y Martin Solon las ha observado en seis de sus enfermos. Mas rara vez sobrevienen *eructos agrios* ó *nidorosos*, y es aun menos frecuente hallar en el embarazo gástrico esos *vómitos* que indicaremos mas adelante como síntomas característicos de la *gastritis*. Martin Solon solo ha notado una vez el vómito de materias alimenticias, y otra la espulsion de sustancias amargas. En un enfermo se hace mencion de *regurgitaciones biliosas*.

En la mitad de los casos proximamente hallamos en la *region epigástrica cierta ansiedad*, *incomodidad* malestar, pero *no verdadero dolor;* sin embargo, en tres enfermos que ha observado Martin Solon ha habido un dolor espontáneo bastante notable, de modo que puede quedar duda de si en estos casos habria una gastritis; pero este es un punto que examinaré mas adelante en el artículo *Gastritis*. La region epigástrica se ha hallado *indolente á la presion* siempre que se ha puesto en uso este medio esploratorio, por desgracia descuidado con demasiada frecuencia.

En cuanto á la *sed*, nunca se ha notado en las observaciones que fuese intensa, al paso que en ciertos casos se dice que no existia.

El *vientre* está bien conformado y no presenta dolor ni espontáneo ni provocado. En las observaciones que he reunido hubo *estreñimiento* constante, porque si bien es cierto que se han presentado en el curso de la enfermedad algunas deposiciones líquidas, se deben atribuir á la influencia del tratamiento. Sin embargo, la mayor parte de los autores han admitido como síntomas del embarazo gástrico deposiciones frecuentes y en forma de diarrea, bien mucosas, bien biliosas, segun la especie de la enfermedad. A la observacion sucesiva corresponde ilustrarnos definitivamente acerca de este punto, pero entretanto debe convenirse en que este síntoma es mucho mas raro de lo que se pudiera creer en vista de la descripcion de los autores.

En medio de estos síntomas ¿cuál es el *estado de la circulacion?* De los quince sugetos que he citado antes de ahora, en siete ha permanecido siempre el *pulso* en estado *normal* y en los demás hubo *movimiento febril* caracterizado principalmente por la aceleracion del pulso; pero en todos los casos la fiebre ha sido muy moderada, de muy corta duracion, y ha cedido con facilidad á los medios que contra ella se han empleado. La calentura no es pues un síntoma esencial del embarazo gastrico, y cuando existe solo tiene mediana importancia, pues únicamente una vez ha llegado á 104 el número de pulsaciones, otra á 94 y en las demás no ha pasado de 80.

Se ha dado como un síntoma propio del embarazo gástrico una *cefalalgia* frontal gravativa, que por lo comun no se disipa hasta que á beneficio de un tratamiento apropiado se hace cesar la enfermedad. No hay un solo médico que no haya tenido ocasion de notar la existencia de esta cefalalgia, pero por desgracia todos se encuentran embarazados cuando se trata de determinar su frecuencia á causa de la insuficiencia de las observaciones. Martin Solon solo la ha señalado en dos casos, pues en los demás no ha llamado su atencion, escepto en uno en que hace mencion de la falta de este síntoma.

En algunos casos se agregan á estos síntomas un malestar general, *cansancio*, quebrantamiento de miembros y rara vez un poco de *insomnio*.

Los autores han insistido tambien acerca del *estado de la cara*, y han indicado como propio del embarazo gástrico, descrito con el nombre de *embarazo bilioso*, el color amarillento de los labios y de las escleróticas y sobre todo de la porcion naso labial. Martin Solon solo cita este estado en un caso, y habla en otro de que la cara se hallaba ligeramente inyectada. Resulta pues que aun cuando sea cierto que se presenta este estado de la cara en el embarazo gástrico, no podemos decir en qué proporcion de casos.

No hemos hablado en esta descripcion de la *salivacion*, de las *aftas*, del *hipo*, de los *dolores en los hipocondrios* y de otro cierto número de síntomas de que hacen mencion los autores, porque estos fenómenos, que solo se presentan en un cortísimo número de casos y que son enteramente secundarios, no se hallan citados en las observaciones que he reunido.

Respecto á la *orina* casi siempre es *escasa* y *sedimentosa*, y esto hasta en casos que pueden referirse á la forma del embarazo gástrico que se designa con el nombre de *pituitoso* ó *mucoso*, y en la cual, segun algunos médicos, se presenta la orina pálida y sin sedimento.

Formas del embarazo gástrico. ¿Debemos describir ahora por separado las diversas formas que se han creido ver en el embarazo gástrico? Como los autores no se han esplicado con precision acerca de este punto, no es posible establecer semejante division sobre bases sólidas: diremos tan solo que en los casos en que la boca está sosa, la cara se presenta pálida ó natural, y los materiales vomitados no tienen color amarillo, ni sabor amargo, se dice que hay *embarazo gástrico*, *mucoso ó pituitoso;* y que en los que por el contrario la cara está amarillenta, la boca amarga y hay evacuaciones biliosas, se dice que hay *embarazo gástrico bilioso*, distincion que no tiene ninguna importancia en cuanto al tratamiento.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del embarazo gástrico es, como ya dejamos dicho, agudo y generalmente rápido, y asi cuando los enfermos, sin emplear el tratamiento evacuante, hacen uso de las bebidas acídulas, de la quietud y de la dieta, es muy comun ver que se disipa esta afeccion en ocho ó diez dias. Pero si se obstinan en continuar tomando alimentos, en trabajar, y en una palabra, si descuidan toda precaucion higiénica, la enfermedad puede prolongarse notablemente, como se ve en las observaciones de Martin Solon, en que los sugetos han entrado en el hospital á los veinte ó veintisiete dias de enfermedad. Sin duda esta prolongacion de los síntomas es la que ha hecho creer á los autores que podian aproximarse los embarazos gástricos á la gastritis crónica.

Acabo de indicar la *duracion* de la enfermedad en los casos mas comunes y cuando no se recurre al tratamiento evacuante, pues veremos al ocuparnos del método curativo cuánto abrevian su duracion los medios de este género.

Respecto á la *terminacion* es constantemente feliz, y hasta los médicos que han confundido el embarazo gástrico con otros estados mas graves han atribuido la muerte, cuando ha ocurrido, no á este mismo embarazo, sino á una calentura grave de la cual la afeccion que nos ocupa ha sido solo el preludio. No creo necesario hacer notar que en semejantes casos se han creido simples síntomas de embarazo gástrico los signos de otra afeccion incipiente, y por consecuencia ha habido error de diagnóstico.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Acabamos de decir que la terminacion del embarazo gástrico es constantemente favorable, de donde resulta que nunca se ha podido examinar el estado del órgano afectado, y que no es posible decir nada acerca de las lesiones anatómicas que sea el resultado de investigaciones positivas. Pero en atencion á la naturaleza de los síntomas, ¿se puede presumir la de las lesiones? Muchos médicos, fundándose en los trastornos de la digestion, en el dolor que hay á veces en el epigastrio, y en la calentura ligera que se observa en ciertos casos, no han dudado considerar al embarazo gástrico como una verdadera gastritis en un grado muy poco intenso. Pero nada autoriza á admitir la existencia de una inflamacion, porque esceptuando los trastornos digestivos, los demás síntomas que acabo de mencionar faltan en un gran número de casos, y además veremos mas adelante que un simple vomitivo hace que desaparezcan pronto todos los accidentes, lo cual no parece estar muy conforme con la existencia de una gastritis. Convengamos no obstante en que estas razones no son decisivas, que no pasan de simples presunciones, y suspendamos nuestro juicio hasta que si es posible, vengan hechos positivos á ilustrarnos acerca de estas cuestiones oscuras.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Si se admitiesen como verdaderos embarazos gástricos las diversas enfermedades que han descrito los autores, serian im-

superables las dificultades que se hallarian al establecer el diagnóstico, y asi se comprende fácilmente la incertidumbre en que se han hallado la mayor parte cuando se ha tratado de distinguir la afeccion que nos ocupa de todas las que pueden referirse á ella. Pero circunscribiendo la enfermedad en los límites que la hemos asignado, ya es mas fácil resolver la cuestion, sin que por eso deje todavía de presentar dificultades considerables. Recordemos que Louis (1) nos ha dicho que habiendo querido comparar los casos de embarazo gástrico con los de gastritis, ha tenido que renunciar á su propósito; tantas eran las dificultades que hallaba para distinguir estas dos afecciones. Esto prueba que hay cierto número de casos tan parecidos, que en vano se trataria de separarlos, y esto prueba tambien que tal vez el embarazo gástrico anda muy cerca de la verdadera gastritis, lo cual no seria un pequeño argumento para los que atribuyen la afeccion que nos ocupa á una flegmasia del estómago. Hay no obstante un número bastante considerable de casos bien marcados para que se pueda establecer el diagnóstico, y respecto á los que quedan indecisos, á la observacion sucesiva corresponde averiguar cuáles son los signos propios para caracterizarlos.

La enfermedad de que conviene desde luego distinguir el embarazo gástrico es la *gastritis ligera*; pero los signos diferenciales que citan los autores distan mucho de tener el valor que se les ha atribuido. Veamos el resúmen que de ellos nos han dado los autores del *Compendio* (2). «Puede confundirse, dicen, con el embarazo gástrico la gastritis ligera; pero en esta última afeccion la lengua está rubicunda y limpia, hay sed viva, la sensibilidad epigástrica es mas graduada, hay *ganas de vomitar menos frecuentes* y el sabor amargo, el malestar y la cefalalgia son menos intensos. El *estreñimiento* y la exacerbacion de los síntomas si se administra un vomitivo, acabarán de dar á conocer la gastritis.» Muchas son las inexactitudes que hay en esta apreciacion de los síntomas, como se conocerá mejor despues que hayamos hecho la descripcion de la gastritis. La rubicundez de la lengua no es por ningun concepto un signo

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*; Paris, 1841.
(2) Tomo IV, art. *Embarazo gástrico*.

de gastritis, y tampoco es exacto decir que son menos frecuentes las ganas de vomitar en esta afeccion, cuando precisamente sucede lo contrario. En cuanto al estreñimiento, es como acabamos de ver, un síntoma del embarazo gástrico tanto como de gastritis, y en vez de decir que se exasperan los síntomas de esta última por efecto de un vomitivo, hubiera valido mas decir que el pronto alivio que produce este medio en el embarazo gástrico es uno de los mejores signos diferenciales. Para nosotros, lo que distingue el embarazo gástrico de la gastritis es la cefalalgia frontal, el gusto amargo y soso en la boca, lo raro que es que haya vómitos biliosos, que son por el contrario frecuentes en la gastritis, el poco dolor en el epigastrio, sobre todo á la presion, y finalmente, la falta de calentura en cierto número de casos y su poca intensidad en los demás. Estos signos diferenciales parecerán mucho mas positivos luego que hayamos hecho la historia de la gastritis.

Reservo para los artículos *Reblandecimiento del estómago* y *Gastritis crónica* el diagnóstico diferencial de estas enfermedades y del embarazo gástrico, y en cuanto á la *gastrorrea* que, como veremos mas adelante, es casi siempre un síntoma de la *gastralgia*, se distingue bastante de la afeccion que nos ocupa por los vómitos de materias blancas y filamentosas, que sobrevienen casi siempre por la mañana, por la conservacion del apetito y por su curso crónico.

Queda una enfermedad de la que es mucho mas difícil distinguir el infarto gástrico; hablo del simple *pasmo* acompañado ó no de esa *calentura efímera* que en un principio puede hacer temer el desarrollo de una afeccion grave, y que tan pronto se disipa á beneficio de la quietud y del régimen. En efecto, en estos casos el apetito esta mas ó menos disminuido y á veces hasta hay aversion á los alimentos. Esta cuestion de diagnóstico es importante, pero seria prematuro el ocuparnos de ella ahora, y asi creo que debemos tratarla en los artículos destinados al pasmo y á la calentura efímera, en los que estudiaremos detenidamente los hechos que hayamos podido reunir. En la actualidad bastará presentar en cuadro el diagnóstico diferencial del embarazo gástrico y de la gastritis aguda ligera.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

Signos distintivos del embarazo gástrico y de la gastritis aguda ligera.

EMBARAZO GÁSTRICO.	GASTRITIS AGUDA LIGERA.
Sabor *amargo*, soso y desagradable.	*No hay* sabor *amargo* y *desagradable*, ó es *poco* marcado.
Incomodidad en la region epigástrica *mas bien que dolor; aversion* á los alimentos.	*Dolor epigástrico* espontáneo y á la presion; *no hay aversion* á los alimentos.
Es raro que haya náuseas, y *todavía mas* que haya vómitos biliosos.	Náuseas y vómitos biliosos *repetidos*.
Cefalalgia frontal *persistente* y *por lo comun muy incómoda*.	Cefalalgia *menos persistente*, *menos incómoda* y en relacion con la calentura.
No hay calentura, ó es muy ligera.	Calentura casi siempre *bastante graduada*.

Pronóstico. Lo que he dicho de la terminacion constantemente favorable de la enfermedad, me dispensa de ocuparme del pronóstico.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Circunscrito el embarazo gástrico á los límites que le he asignado, su tratamiento viene á ser sumamente sencillo, pues se reduce casi esclusivamente á emplear el método evacuante. Los autores no lo han hecho asi, y esta es quizá la causa de la gran confusion que reina en la historia del embarazo gástrico, y asi para ellos se hace preciso indagar si ha habido estravíos de régimen, esceso en la comida, si el estómago ha estado irritado ó debilitado por mucho tiempo, etc. Fácilmente se conoce que estos autores han aplicado el tratamiento á indigestiones unas veces, á gastralgias antiguas otras, y hasta algunas á verdaderas gastritis. Se puede decir con seguridad que siempre que

se ha establecido bien la existencia de un infarto gástrico, los vomitivos han logrado disiparle con prontitud, circunstancia que bastaria por sí sola para hacer una enfermedad á parte del estado de que aqui nos ocupamos.

Vomitivos. Se ha administrado con mucha frecuencia á los adultos el *tártaro emético* á la dosis de 5 centígramos (un grano) en medio vaso de agua para tomar de una vez: si se quiere dar esta sustancia á los niños, se les dará en una pocion del modo siguiente:

℞	Agua destilada de tilo....	120 gram.	(℥jv)
	Tártaro emético.........	10 centigram.	(2 gr)
	Jarabe simple...........	25 gram.	(ʒvj)

Se toma á cucharadas de diez en diez minutos hasta que haya producido de cuatro á cinco vómitos.

Conviene pues poner en la pocion una dosis un poco alta de tártaro emético, porque de lo contrario no obraria bastante pronto, y casi siempre los niños reusan con obstinacion tomar nuevas dosis de la pocion, desde que se manifiestan las náuseas. Pero por otra parte, es preciso vigilar la administracion del medicamento por temor de que las evacuaciones sean escesivas.

Muchos médicos prefieren el tártaro emético á la *ipecacuana*, porque los efectos de esta última sustancia son mas infieles, y otros por el contrario, consideran á la ipecacuana casi como un específico en los casos de embarazo gástrico. Martin Solon es del número de estos últimos, y la prescribe á la *dosis de* 1,25 *gramos* (un escrúpulo) ó 2 *gramos* (media dracma) *segun los casos.* Se administra este medicamento en polvo y en dos ó tres veces en una cucharada de agua ó de cocimiento.

Es imposible decidirse de un modo positivo respecto á la preferencia que se debe conceder á los diversos vomitivos, pero sin embargo, conviene decir que lo esencial es producir el vómito, y que por cualquiera sustancia que se haya provocado es seguido de un restablecimiento pronto. En las observaciones que ha recogido Martin Solon, cuando el embarazo gástrico era simple, ha variado el tratamiento de dos á tres dias, y merece notarse que entre estos casos habia algunos en los que la invasion de la enfermedad databa de quince y veinticinco dias, y que en muchos se habian empleado inútilmente las evacuaciones sanguíneas.

Purgantes. Ya hemos dicho que el estreñimiento es un síntoma frecuente del embarazo gástrico, pero casi nunca hay necesidad de combatir este síntoma, que cesa inmediatamente despues del efecto del vomitivo. Si asi no fuese, bastarian *purgantes* ligeros como el agua de Sedlitz, la *limonada magnesiana*, 15 gramos (media onza) de sulfato de sosa en un vaso de agua ó 30 gramos (una onza) de aceite de ricino para triunfar del estreñimiento, al mismo tiempo que harian desaparecer los últimos vestigios del embarazo gástrico, si todavía quedasen algunos.

Emisiones sanguíneas. Un dolor leve en la region epigástrica y un ligero movimiento febril han podido hacer creer que existia una inflamacion del estómago, razon por la cual se han empleado con frecuencia las emisiones sanguíneas, haciendo principalmente uso de sanguijuelas, en número de quince á treinta, aplicadas al epigastrio. Si examinamos las observaciones que he reunido con el objeto de apreciar el valor de este tratamiento, veremos qne estas aplicaciones de sanguijuelas han logrado á veces disminuir ó hacer desaparecer el dolor epigástrico; pero conviene notar con cuidado que en ningun caso han logrado disipar los síntomas propios del embarazo gástrico. Asi solo se debe recurrir á este medio cuando el dolor sea grande, no insistir en su uso, y apelar pronto á los vomitivos, tan eficaces en semejantes casos.

Régimen. Es necesaria la *dieta* durante todo el curso de la enfermedad, y en casi todos casos la aversion que tienen los enfermos á los alimentos les obliga á someterse á ella. Mas luego que se ha triunfado de la afeccion se recobra el apetito, y bien se puede sin temor permitir alimentos ligeros: asi en el mayor número de casos, se ha podido conceder sopa al dia siguiente de la administracion del vomitivo, y dar al inmediato alimentos mas sustanciosos. En seguida se aumenta pronto esta alimentacion sin que haya que temer la irritacion del estómago, que tanto asustaba hace algunos años.

Creo inútil hacer prescripciones y presentar un resúmen de un tratamiento tan sencillo.

ARTICULO III.

GASTRITIS SIMPLE AGUDA.

Todos confiesan que es una cosa sumamente dificil el describir la gastritis aguda, pues nadie ignora cuántas discusiones ha suscitado, y por cuántas fases diferentes ha pasado la historia de esta enfermedad, sobre todo en estos últimos veinte años. Los antiguos no tenian duda de su existencia, pero es fácil convencerse de que no se habian formado una idea exacta de sus síntomas. Ya en Hipócrates (1) se hallan pasajes que se refieren á enfermedades en que habia habido síntomas gástricos bastante notables, pero que no pueden considerarse enteramente como simples gastritis. Galeno (2) y los autores que le han seguido no fueron mas precisos; porque en efecto, ¿qué hemos de saber de la gastritis luego que hayamos leido en Hipócrates el pasaje siguiente: «*Præcordiorum dolores cum febre, si dolor intensus ad occiput progressus fuerit repentè, occidunt convulsivo modo;*» ó bien estas palabras en Celso (3): «*At si inflammatio aliqua est, dolor et tumor sequitur?*» No iré pues á buscar en los diversos autores antiguos lo que puede tener una relacion mas ó menos directa con una enfermedad que no podian distinguir bien.

En los últimos siglos se han publicado un número inmenso de disertaciones acerca de la gastritis además de lo que han presentado los autores de patologia interna; pero basta recordar cuán vagos eran nuestros conocimientos acerca de este punto hace aun muy pocos años para convencerse de que lejos de haber ilustrado estos numerosos trabajos la historia de esta afeccion, solo han servido para introducir en ella la mayor confusion. En los escritos de Fed. Hoffmann (4), de Van Swietem (5), Dehaen (6), Stoll, Sauvages (7), Cullen (8), etc., se hallan uno ó mas artí-

(1) *De victu acutorum*, §§. III et VI, y *Coacæ prænotiones*, §. II.
(2) *De erysipelate stomachi.*
(3) Lib. IV, cap. V.
(4) Tomo IV, *De febre stomachicâ inflammatoriâ.*
(5) *Comm. in Boerh. aph.*, t. III, §. 951 y siguientes.
(6) *Rat. med.*; á cada paso.
(7) *Nos. meth.*, clas. III, ord. II, gen. IV.
(8) *Medicina práctica*, t. I.

culos destinados á la inflamacion del estómago, en los cuales es especialmente notable la confusion de que acabo ahora de hablar. Lo mismo digo del capítulo de P. Frank (1) que en vano se ha esforzado en simplificar una cuestion insoluble para él.

En la época en que reinaba el sistema de Broussais se ha hablado mucho de la gastritis, y como todos saben, se ha exagerado de un modo estraordinario la importancia y la gravedad de esta afeccion; pero ¿se ha logrado ilustrar mas este punto dificil? Aun cuando asi se haya dicho, preciso es reconocer que las observaciones de Broussais no han ilustrado de modo alguno el diagnóstico de la gastritis. En efecto, he analizado las observaciones referidas por este célebre autor, y me ha sido imposible hallar en ellas una gastritis simple, y hasta he podido advertir, lo cual parecerá dificil de creer á los que no han leido con atencion el *Tratado de las flegmasias crónicas*, que en muchos de los sugetos que ha observado, no parece que el punto de partida de los síntomas haya sido el estómago.

De todos estos trabajos, que no estaban fundados en una observacion exacta, ha resultado grande incertidumbre sobre todo lo que se refiere á la enfermedad de que nos estamos ocupando ¿Y cuál ha sido la consecuencia de todo esto? Que despues de haber admitido con mucha ligereza durante muchos años la existencia frecuente de la gastritis, hoy parece que los médicos estan dispuestos á ponerla completamente en duda.

Asi no debe causar sorpresa el que en la sucesion de este artículo, apenas indico los trabajos anteriores mas que para criticarlos, porque en efecto, si queremos llegar á un resultado exacto es preciso recurrir á documentos enteramente nuevos, en cuyo estudio se haya puesto toda la exactitud posible, se hayan empleado los medios de diagnóstico recientemente adquiridos, y se haya en fin dejado á un lado toda clase de preocupacion. A fin de llegar á este resultado he reunido diez y siete observaciones que han sido recogidas con todo el cuidado que se puede desear, y en las que se ha formado rigurosamente el diagnóstico (2).

(1) *Tratado de medicina práctica*, t. I, Paris.

(2) Efectivamente, no se puede dudar de la exactitud de este diagnóstico, en razon á que, como diremos mas adelante, en la gastritis secundaria se han podido ver despues de la muerte las lesiones inflamatorias del esófago en casos en que los síntomas habian sido enteramente los mismos.

En cuanto á los casos de gastritis publicados por los autores, los he reunido tambien y analizado, á fin de compararlos con los que forman la base de este artículo, y entre ellos hay ocho que ha recogido Andral (1) y que han tenido una terminacion funesta. Por de pronto debo decir en general que los hechos que refiere este autor son muy estraordinarios, que la mayor parte carecen de detalles muy importantes acerca del estado de los diversos órganos, particularmente de los intestinos y de las vias urinarias, y por último, que en varias de las observaciones, y particularmente en la 7.ª y 8.ª, no hay de ningun modo una gastritis simple, puesto que habia úlceras intestinales, y en un caso peritonitis. Quedan pues pocas observaciones, si queda alguna, que puedan considerarse aun como casos de gastritis simple que han terminado por la muerte. Estos hechos son cuando menos enteramente escepcionales, y si se recuerda que en la época en que se han recogido dominaban las ideas de Broussais, de cuya influencia se habia resentido el autor en gran parte, será muy limitada la confianza que nos merezca este cortísimo número de casos. Si además notamos que desde esta época, desde que hay mas seguridad en el diagnóstico y que se recogen las observaciones con mas exactitud, no se han citado hechos semejantes, habremos de convenir en que por ahora es preciso conservar dudas respecto á estos hechos incompletos é insuficientes.

De las diez y siete observaciones que he reunido, doce han sido recogidas por Louis, algunas de las cuales ha publicado (2), y las demás me las ha comunicado este profesor; cuatro han sido tomadas en estos últimos años por Cossy en la clínica de Louis, y la última, que no es la menos notable, ha sido publicada por mí hace muy poco (3).

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se da el nombre de *gastritis* á las diversas formas de la inflamacion del estómago. Los antiguos la distinguian, como ya

(1) *Clin. méd.*, t. II; *Enfermedades del abdomen, Gastr. aguda.*
(2) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.
(3) *Bull. de thér.*, junio de 1844.

hemos dicho, con los de *erysipelas stomachi*, *passio cardiaca*, *febris stomachica inflammatoria*, *ventriculi inflammatio*, *etc*. La voz *gastritis*, en la actualidad generalmente empleada, ha empezado á usarse á fines del siglo último.

Si fuésemos á creer á los médicos de la *escuela fisiológica*, ninguna afeccion seria mas *frecuente* que la gastritis; pero ya sabemos que estos autores, á lo menos en los escritos que han publicado hace quince años, consideraban como demostrada la existencia de la gastritis siempre que observaban trastornos graves en el estómago. Asi para ellos habia casi siempre inflamacion de esta víscera al principio de las enfermedades febriles, y era el centro de donde partian los síntomas que se presentaban en seguida. Además de esto, prescindiendo del curso de la enfermedad, y hallando vestigios de la inflamacion del estómago en cierta época de las afecciones tanto agudas como crónicas, lejos de considerar á esta inflamacion como una lesion secundaria, hacian de ella con mucha frecuencia la enfermedad primitiva.

Hoy que no son lícitos semejantes errores, deben ser enteramente distintas las ideas reinantes acerca de la frecuencia de la gastritis; pero sin embargo, es preciso hacer una distincion: si se considera de un modo general la gastritis primitiva y la secundaria, se debe convenir en que esta afeccion es muy frecuente, puesto que sobreviene comunmente en todas las enfermedades agudas en que llega á ser muy intensa la calentura, y se presenta con mucha frecuencia en el curso de las afecciones crónicas, principalmente de la tisis pulmonar.

Pero si como debemos hacerlo aqui, tratamos simplemente de averiguar la frecuencia de la gastritis primitiva, veremos que es muy poco considerable. Las diez y siete observaciones de que he hablado han sido recogidas en el espacio de muchos años, y Louis ha notado que en una clínica de mas de cien camas en la Piedad, no pasan de cinco ó seis los casos de gastritis que se han presentado en cada año, y todos los médicos de hospitales saben cuán raro es observar esta enfermedad bien caracterizada. El mismo Louis me ha dicho que no habia tenido ocasion de ver un solo caso de esta enfermedad en su práctica particular, y sé por Gherard, médico del hospital de Filadelfia, y cuyo talento de observacion es bien co-

nocido, que la gastritis es igualmente rara en esta poblacion, aun cuando sus habitantes se esceden con mucha frecuencia en el uso de bebidas alcohólicas. De todo esto resulta que nada es mas inexacto que las aserciones que han emitido Broussais y sus sectarios, y esta seria, si necesario fuese, una nueva prueba del poco cuidado con que se ha estudiado esta enfermedad, que evidentemente ha sido preciso ver en un gran número de casos en que de ningun modo existia.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Como se concibe fácilmente se han atribuido un gran número de causas á esta afeccion que se hallaba con tanta frecuencia. Voy primero á indicar las que pueden estudiarse á favor de las observaciones que he reunido, para analizar en seguida las que han indicado los autores.

Relativamente á la *edad* no pueden servirnos estas observaciones, porque se han recogido en hospitales en que solo se reciben adultos: sin embargo, diremos que la edad ha variado mucho, y que ha fluctuado entre veinte y sesenta y cinco años, es decir, que la gastritis no se ha presentado de un modo mas notable en una época de la vida que en otra. Bien sabemos que Billard ha descrito las diversas formas de la gastritis en los *niños de pecho y recien nacidos;* pero no ha citado una sola observacion en la que se haya desarrollado esta flegmasia sin complicacion y de un modo indudable. Rilliet y Barthez (1) han descrito una gastritis primitiva y ligera en los niños; pero como ellos mismos lo advierten, han dado este nombre al embarazo gástrico, y hemos dicho no ha mucho los motivos por qué deben distinguirse estas dos afecciones. En cuanto á las demás gastritis estos autores las han reunido al reblandecimiento del estómago, y reconocen (pág. 462) que estas enfermedades eran siempre secundarias. Debemos pues deducir de esto que si se presenta en los niños la gastritis primitiva, es á lo menos mucho mas rara aun que en el adulto.

(1) *Traité des malad. des enfans,* t. I, p. 459 y siguientes.

Segun Broussais y los autores que le han seguido, el *sexo* tendria grande influencia en la produccion de la gastritis, y los hombres estarian mas predispuestos que las mugeres á padecerla. Sin embargo, de las diez y siete observaciones que he reunido, nueve han recaido en mugeres, de modo que se pudiera considerar á esta proposicion de los autores como poco exacta; pero es evidente que es corto el número de casos y se deben esperar nuevas observaciones.

Entre los sugetos de estas observaciones, ocho tenian una *constitucion* fuerte, la de casi todos los demás era mediana, y solo dos estaban debilitados por enfermedades anteriores cuando se presentó la gastritis. Segun Broussais, esta afeccion ataca principalmente á los hombres morenos, secos é irritables, y «entre los individuos débiles se la observa con preferencia en los que son mas bien delgados y altos, irritables y nerviosos, en los que tienen las pasiones mas fuertes que el temperamento, por servirme de una espresion vulgar, y en ciertos melancólicos cuyas ideas sombrías tienen siempre al epigastrio en un estado de constriccion penosa.» Es imposible comprobar estas aserciones, pero la lectura del pasaje que acabo de citar inclina á creer que este autor ha tenido presente la gastralgia tanto como la gastritis, y en este concepto ya no tiene su proposicion la misma importancia para nosotros.

Nada mas hallo en las observaciones que he reunido que se refiera á las causas predisponentes de la gastritis, y me limito pues á enumerar otras que tambien han admitido los autores. Segun ellos los *pesares*, las *emociones morales vivas*, los *trabajos mentales* y la *vida sedentaria* predisponen singularmente á la inflamacion del estómago. Algunos autores, y entre otros Morgagni y Lieutaud, han citado casos en que la enfermedad ha aparecido en estas condiciones; pero estos casos son en muy corto número y poco concluyentes. Nada pues sabemos bien de positivo acerca de este punto.

En cuanto á los *escesos venéreos* y á la *masturbacion*, lo único que podemos decir en general es que por la debilidad que ocasionan pueden predisponer á esta inflamacion lo mismo que á todas las demás; pero que segun los hechos predisponen mucho mas aun á las afecciones nerviosas del estómago. Lo mismo digo del *trabajo escesivo*.

Tal vez se deben admitir como causa de la gastritis las *privaciones* á que estan sugetos los individuos de la clase pobre, pues ya hemos dicho que era infinitamente mas rara esta enfermedad fuera de los hospitales que en estos establecimientos, y pronto veremos que no bastan los escesos de régimen para dar razon de esta diferencia, que apenas quedan para esplicarla mas que las privaciones de que estamos hablando.

¿Se debe colocar entre las causas predisponentes de la gastritis un *régimen muy escitante*, compuesto de alimentos cargados de especias, carnes negras, café y licores alcohólicos? Ya sabemos cuán decisiva era la opinion de Broussais acerca de este punto, y hay un gran número de médicos que sin conceder una influencia tan grande á esta causa, la consideran sin embargo como bastante poderosa; pero lo que acabo de decir relativamente á las privaciones y á la falta de escesos repetidos en el mayor número de casos cuya historia tengo á la vista, prueba que no se deben aceptar estas aserciones sin restriccion. Si hay sugetos cuyo régimen se parece al que acabo de indicar, es sin disputa en la clase rica, régimen que con frecuencia se prolonga por mucho tiempo, y sin embargo, vuelvo á repetirlo, la gastritis es muy rara fuera de los hospitales. Es verdad que los individuos de la clase inferior cometen mayores escesos, pero solo es á intervalos mas ó menos distantes, y esto podria ser cuando mas una causa escitante, cuestion que discutiré dentro de poco.

¿Predispone el *clima* á la gastritis? Solo tenemos datos muy vagos respecto á este punto. Los autores que han escrito acerca de las enfermedades de los paises cálidos no han determinado bastante bien lo que entienden por inflamacion del estómago; faltan buenas observaciones, y seria por consiguiente prematuro decidirse acerca de este punto: sin embargo, diremos que es una opinion muy generalmente admitida que las flegmasias de las primeras vias son mas frecuentes en los paises cálidos.

Broussais ha insistido mucho acerca de esta frecuencia, que como acabamos de ver, no está perfectamente demostrada, y la atribuye con especialidad al régimen muy escitante que se sigue en los paises cálidos con objeto de sostener las fuerzas: habria pues entonces dos causas que obrarian en el mismo sentido, la *influencia del clima* y la *de un régimem demasiado tónico*. La ob-

servacion es la que ha de decirnos lo que debemos pensar de estas aserciones emitidas sin ninguna especie de pruebas, y fundadas en ideas puramente teóricas. En resúmen, acabamos de ver que no se hallan causas predisponentes bien manifiestas y cuya existencia esté perfectamente fundada en los hechos.

2.° Causas ocasionales.

No serán mucho mas exactos los resultados que obtengamos del estudio de las causas ocasionales, si no queremos contentarnos con las aserciones de los autores. La insuficiencia de las observaciones es tambien evidente acerca de este punto, y asi veamos lo que nos enseñan los hechos de un modo menos dudoso.

Se puede citar como bien demostrada la accion de los *cuerpos estraños* sobre la mucosa gástrica, pues se hallan en los diversos periódicos de la ciencia observaciones en las cuales ha dado origen á una inflamacion del estómago la ingestion de cuerpos voluminosos, como cuchillos, cucharas, guijarros, etc.

Siguen á estos los *escesos de los alimentos*, y sobre todo el *abuso de bebidas alcohólicas;* pero aqui ya distamos mucho de tener la misma certidumbre. Entre las observaciones que he reunido, solo hay tres en que se haga mencion de un esceso de este género, y en todas las demás está bien demostrado que no existia esta causa. He hecho notar en otro lugar (1) cuán sorprendente es esta circunstancia, puesto que apenas se pueden calcular los escesos en la comida que se cometen todos los dias. Si las proposiciones de Broussais fuesen ciertas, dificilmente se concebiria como se pudieran reunir cierto número de observaciones en que faltase esta causa, y por otra parte no se comprenderia la suma rareza de la gastritis aguda tan bien comprobada en la actualidad. Añádase á esto que en las observaciones que este autor y otros presentan con el nombre de *gastritis*, no parece que en la mayor parte de los casos ni aun se hayan tomado el trabajo de interrogar á los enfermos acerca de este punto.

Las reflexiones que acabo de hacer se aplican igualmente al uso de los *medicamentos irritantes*, de los *purgantes drásticos*, de los *vomitivos*, *etc.*; asi en estos últimos años, se ha dado sin

(1) *Bulletin de thér.*, *Quelques considér. sur l' Étiol. de la gastrite aiguë, de la gastrite chonique et de la gastralgie,* junio de 1844.

ningun fundamento el nombre de incendiaria á la medicacion que emplea estas últimas sustancias. Es bien seguro que todo cuanto se ha dicho acerca de este punto no tiene por base la observacion.

¿Las *emociones morales* son causas eficaces de la gastritis? En una de las observaciones que he analizado y referido con detalles en la memoria ya citada, una emocion viva y prolongada ha sido, si no la causa escitante, á lo menos la ocasion evidente de la gastritis. En efecto, habiendo tomado alimentos á disgusto durante esta emocion, determinaron los primeros síntomas de la enfermedad, que fue muy intensa. De aqui resulta que una simple indigestion, en cualquiera circunstancia que se produzca, puede dar origen á la gastritis; sin embargo, no debemos decidirnos formalmente hasta que se hayan recogido observaciones mas exactas.

En cuanto á la *ingestion de bebidas frias ó heladas* estando sudando ó despues de una gran fatiga, es una causa comun que admiten todos los autores, pero de la que no se hace referencia en ninguna observacion.

Ya se ha visto que no he hablado de la influencia de los *venenos acres y corrosivos*, y es porque no me propongo tratar en este artículo de la inflamacion del estómago dependiente de los agentes tóxicos, en razon á que en tales casos esta inflamacion no constituye ni con mucho toda la enfermedad, y bastará describirla al tratar de cada envenenamiento en particular.

Quedan ahora las *violencias esteriores*, los golpes, las caidas sobre la region epigástrica, etc.; pero los hechos no prueban bastante la existencia de estas causas. En uno de los casos que he reunido sobrevino la enfermedad despues de sacudidas violentas causadas por el movimiento de un carro durante un viaje bastante largo. ¿Se debe admitir en esta circunstancia una causa ocasional?

§. III.

SÍNTOMAS.

En el estudio de los síntomas es donde especialmente conviene proceder con órden y método, puesto que se trata nada menos que de sentar las bases de un diagnóstico exacto, cosa que no se ha hecho hasta ahora. Vamos á examinar primero los

fenómenos de la invasion, y en seguida analizaremos cada uno de los síntomas importantes de la enfermedad confirmada.

Invasion. En las observaciones que he reunido ha variado la invasion segun los casos, asi unas veces ha precedido á los síntomas característicos de la afeccion un *malestar* que ha durado de uno á ocho dias, y otras aunque con mucha menos frecuencia, ha sobrevenido la enfermedad de un modo repentino. El malestar precursor se ha presentado siete veces en los diez y siete casos que he reunido, y consistia en un grado moderado de debilidad, algun quebrantamiento de huesos y una ligera anorexia, pero nunca una aversion decidida á los alimentos.

La enfermedad solo se ha presentado repentinamente en uno de los casos á que me refiero, y el enfermo ha sido acometido de pronto, en medio de un estado de perfecta salud, de *escalofrios* seguidos de calor, dolor vago en la region epigástrica, y casi inmediatamente despues de dolores vivos con vómitos. Estos fenómenos aparecieron muchas horas despues de la comida.

En los nueve casos en que se ha desarrollado pronto la enfermedad, aunque no de un modo repentino, han aparecido los fenómenos de dos maneras diferentes. En seis enfermos hubo primero síntomas locales, tales como dolor epigástrico, náuseas y vómitos, y la calentura no se presentó hasta un poco despues; por el contrario, en los demás han precedido algunas horas á la aparicion de los síntomas locales unos escalofrios vagos, que alternaban con el calor y estaban acompañados de cansancio. Hallamos pues aqui una invasion semejante á la que se observa en las inflamaciones de mediana intensidad, y particularmente en las anginas.

Hay gran distancia de estos síntomas á los que algunos autores han asignado á la gastritis aguda, y que consisten en escalofrios violentos seguidos de calor intenso, de grandes trastornos cerebrales, una agitacion viva, etc.; pero conviene observar, por una parte, que estos autores han descrito con el nombre de *gastritis* diferentes especies de calenturas graves, y por otra, que no refiriendo la invasion á los primeros accidentes, sino estudiando la enfermedad en la época en que eran muy graduados los síntomas gástricos, han colocado en la invasion fenómenos, que hasta ni se hallan, como veremos mas adelan-

te, en un período avanzado de la gastritis. Las observaciones de Andral no contienen detalles suficientes para que sea útil consultarlas acerca de este punto, y además dejan dudas respecto á la exactitud del diagnóstico, como ya hemos dicho antes de ahora. Lo que acabo de decir de la invasion de la gastritis aguda puede considerarse como la espresion exacta de los únicos hechos que han sido observados con el cuidado necesario.

Síntomas. De cualquier modo que haya empezado la enfermedad, da orígen en seguida á síntomas comunes que vamos á estudiar sucesivamente.

Síntomas locales. El *dolor epigástrico* es un síntoma esencial que se ha presentado constantemente y con una intensidad siempre notable. Este dolor, que aparece *espontáneamente*, bien sea en la invasion, bien en una época poco adelantada de la enfermedad, se *exaspera* siempre *por la presion*. Conviene considerarle bajo estos dos puntos de vista.

El *dolor espontáneo* presenta caracteres diferentes segun los sugetos, pero es siempre vivo. Unos enfermos se quejan de *punzadas* violentas en la region epigástrica, otros esperimentan una sensacion de *constriccion* muy dolorosa, y algunos acusan una sensacion marcada de *quemadura;* en una palabra, se observan las diversas variedades de dolores que se encuentran en las flegmasias de las mucosas. En dos sugetos que habian tomado una cantidad muy corta de alimentos ligeros despues de la invasion de la enfermedad, este dolor espontáneo aumentó de un modo notable inmediatamente despues de la comida y se calmó por el vómito. En otros habia exacerbaciones, pero á épocas indeterminadas, debiendo notarse que con frecuencia seguia á una de estas exacerbaciones del dolor espontáneo un vómito penoso, lo cual nos induce á creer que eran provocadas por la acumulacion de materias.

Segun los autores interesa averiguar el *asiento* de este dolor epigástrico, porque por este dato se puede llegar á conocer el sitio preciso que ocupa la inflamacion; pero los que mas han insistido acerca de este punto han descuidado casi completamente el indicar con exactitud el punto donde existia. En las observaciones que he reunido casi siempre se señala el asiento del dolor por lo general como ocupando el epigastrio:

en una se dice que se estendia el dolor hasta el ombligo, y en otra que ocupaba particularmente el hipocondrio izquierdo. Son todavía insuficientes los datos que tenemos acerca de este punto.

En todos los casos ha aumentado sensiblemente el dolor á la *presion* á veces muy ligera, pero en ninguno se ha notado esa sensibilidad escesiva del epigastrio que hace que incomode el peso de las ropas de la cama, y que, segun Broussais, es una de las causas mas eficaces de la ansiedad estrema de algunos enfermos. Mas adelante veremos cuál es la causa que obliga á algunos enfermos á descubrirse continuamente el pecho, y en el artículo *Gastralgia* demostraremos que la dificultad con que á veces se soportan las ropas de la cama sobre la region epigástrica es síntoma mas bien de esta neurosis que de una verdadera inflamacion. La presion produce especialmente esta exacerbacion en los puntos en que se manifiesta el dolor espontáneo; pero sin embargo, puede existir en otros mas ó menos distantes.

La *pérdida del apetito* es un síntoma casi constante, pero no hallamos en esta enfermedad esa anorexia completa, esa aversion decidida á los alimentos, que hemos indicado como uno de los caracteres del *embarazo gástrico*. En efecto, solo en un sugeto ha habido aversion á los alimentos, mientras que tres han podido continuar comiendo por algunos dias despues de la invasion, aunque en corta cantidad y con accidentes consecutivos mas ó menos manifiestos. En los demás ha sido bastante considerable la pérdida de apetito para que los enfermos se hayan sometido voluntariamente, y durante muchos dias seguidos, á una dieta severa.

La *calentura* ha sido, como ya dejo dicho, poco intensa en el mayor número de los casos. Hubo algunos ligeros *escalofrios* erráticos; *pulso* un poco acelerado, variando entre sesenta y ocho y ciento doce pulsaciones, y sin ningun otro carácter digno de notarse; *calor* un poco aumentado y que en realidad solo ha sido considerable en dos casos, y á veces algo de celeridad en la *respiracion*. Solo en dos enfermos han ofrecido estos fenómenos alguna intensidad; el pulso ha llegado á ciento veinte y ciento treinta pulsaciones, estaba duro y elevado, la piel seca, el calor urente, habia algo de *agitacion* por la noche, que se

conocia principalmente por ese movimiento para descubrirse el pecho, acerca del cual tanto ha insistido Broussais y que le consideraba como un signo muy importante. Si se examinan los hechos, no se tarda en conocer que esta tendencia á descubrirse no se halla en relacion con los síntomas locales, sino mas bien con la agitacion de que acabo de hablar, y que los casos de gastritis no se diferencian en esto de lo que observamos en todas las demás enfermedades, cuando la calentura es un poco intensa. No hablo de las diversas *posturas* que adoptan los enfermos, de la *tendencia á revolcarse en la cama*, de la *agitacion*, etc., porque nunca se han observado estos fenómenos en los casos que estoy analizando, y porque no habiendo los autores formado un diagnóstico preciso no es posible aceptar su modo de ver sin que nos ilustren nuevos hechos.

Resúmen. Tales son los síntomas que creo que se pueden referir con toda confianza á la gastritis aguda simple y primitiva, y si los resumimos, veremos que los síntomas esenciales son: el dolor epigástrico espontáneo que se aumenta á la presion, los vómitos biliosos con náuseas ó sin ellas, la pérdida mas ó menos completa del apetito, y por último, una calentura rara vez intensa y que no está acompañada de los síntomas generales tan violentos que caracterizan las calenturas graves.

Si ahora echamos una rápida ojeada sobre la gastritis que se desarrolla *secundariamente*, hallaremos, como lo he hecho notar antes de ahora, que los síntomas no se diferencian esencialmente. En efecto, hé aqui lo que dice Louis acerca de este punto (1). «Variables tanto en su duracion como en la época en que se han presentado, los vómitos espontáneos han sido biliosos y acompañados siempre ó precedidos de dolores epigástricos, y asi como en los sugetos que solo han tenido dolores en el epigastrio, ó náuseas, ó dolores y náuseas á la vez, muchos tenian la membrana mucosa en estado normal, todos los que han tenido á un mismo tiempo dolores epigástricos y vómitos de bilis, han presentado esta membrana mas ó menos profundamente alterada, hecho importante y que parece indicar (porque las observaciones analizadas son poco numerosas para poder asegurarlo), que de los dolores epigástri-

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª edicion, 1841, t. I, p. 459.

cos y vómitos de bilis reunidos, debe concluirse que existe una lesion de la membrana mucosa del estómago.»

¿Qué les falta á estos hechos para ser semejantes á los que dejo analizados, si se esceptúa el haberse presentado primitivamente y haber ocasionado por sí mismos una calentura, que en los casos observados por Louis ha debido perderse necesariamente entre los síntomas de la fiebre preexistente? No creo que se me arguya que entre las observaciones de Louis hay algunas que se refieren á un simple *reblandecimiento del estómago*, porque basta que en muchas haya existido la gastritis para que sea exacta mi asercion.

Se ha dicho y repetido que uno de los caracteres esenciales de la gastritis aguda era una *sed intensa*, pero esto solo es cierto en un corto número de casos en que parece que la inflámacion ha llegado á su mas alto grado. De las diez y siete observaciones que forman la base de este artículo, sólo seis veces se ha notado esa sed viva que ha calmado tan luego como ha habido un poco de mejoría en los demas síntomas. Por el contrario, en dos enfermos ha faltado la sed durante todo el curso de la enfermedad, y en otros, aunque un poco mas graduada que en el estado de salud, ha sido moderada, pues bastaron á estinguirla uno ó cuando mas dos jarros de cocimiento al dia.

Es tambien una opinion generalmente admitida que los enfermos *apetecen* mucho las *bebidas frias y ácidas*, y parece cuando se lee lo que han escrito los autores acerca de este punto, que no pueden soportar absolutamente las demás especies de bebidas. El estudio de los hechos nos enseña que esta opinion es cuando menos exagerada. Si se esceptúa un caso en que el vómito era tan frecuente que la menor cantidad de bebida insípida y tibia bastaba á producirle, los enfermos toleraban la infusion de malvas, el agua azucarada, la solucion de jarabe de goma etc.; es verdad que preferian generalmente las bebidas frias, pero sin que por esto tuviesen una repugnancia estrema á los líquidos un poco calientes.

Las *náuseas* y los *vómitos* son dos síntomas mucho mas importantes. Las *náuseas* se han presentado en la mayoría inmensa de casos, es decir, en quince enfermos, precediendo en algunos á los vómitos durante muchos dias y alternando

en otros con estos últimos. Estas náuseas, por lo comun muy frecuentes, molestan mucho á los enfermos, y como se manifiestan principalmente despues de la ingestion hasta de los líquidos, son las que les obligan á someterse á una dieta severa. Para convencerse de esto basta reflexionar que en el principio y aun por espacio de algunos dias constituyen con bastante frecuencia con el dolor epigástrico los únicos síntomas locales, y sobre todo considerar que en los dos casos en que se ha conservado un resto de apetito no han existido las náuseas.

Los *vómitos* no han faltado en ninguno de los enfermos cuyas observacionès he analizado, y solo han variado mucho en cuanto á su frecuencia y duracion. Asi pues en algunos se han presentado en la invasion de la enfermedad y se calmaron poco tiempo despues, y han sido remplazados por simples náuseas; en otros no han aparecido hasta una época bastante adelantada de la afeccion, y por el contrario, en varios han continuado durante todo su curso. Estos últimos casos eran los mas graves.

Ya he dicho que ha variado mucho la *freeuencia del vómito*. En un sugeto gravemente afectado y cuya historia he referido en el Boletin de Terapéutica, (junio de 1844), los vómitos eran casi incesantes, y en los cortos intervalos en que no existian, habia náuseas sumamente incómodas. En otros casos mucho mas numerosos apenas hay dos ó tres vómitos al dia, y entre estos dos estremos hay una porcion de grados intermedios.

La *materia de los vómitos* ha sido siempre notable por la presencia de la *bilis*, á lo menos en cierta época de la enfermedad, y cuando el médico no ha podido apreciarla por sí mismo, el enfermo no dejaba la menor duda acerca de este punto, pues decia que habia vomitado un líquido verde ó verdoso y muy amargo. Estos vómitos de bilis deben ser considerados como uno de los caracteres mas importantes de la enfermedad, y mas tarde tendré ocasion de recordarlos con frecuencia. Pero además de estos vómitos biliosos se han presentado otros compuestos de alimentos en el corto número de sugetos que no habian guardado dieta, y en algunos de bebidas y algunas mucosidades.

Todos saben que se ha dado el *estado de la lengua* como

un signo propio para reconocer la existencia de la gastritis, y segun los autores constituiria este estado el color rojo, la forma lanceolada del órgano, y á veces hasta un aspecto semejante al que se observa en la escarlatina. Basta echar una rápida ojeada á los hechos para conocer lo erróneo de esta opinion. En efecto, solo se ha presentado la lengua un poco rubicunda en dos casos, y aun en estos solo lo estaba en los bordes; pero sin presentar la figura lanceolada, y las mas veces se ha observado ancha, húmeda y cubierta en su centro de una capa ligera, blanca ó amarillenta. Es evidente que se ha atribuido á la gastritis simple el estado de la lengua que se observa en las afecciones febriles intensas con gastritis secundaria, estado que no tiene ninguna relacion con la flegmasia del estómago, como lo ha demostrado Louis (1). La misma reflexion, y todavía con mas motivo, es aplicable á la sequedad, á la dureza como córnea, al resquebrajamiento y al color pardo de la lengua, que deben considerarse como signos de una lesion secundaria de las calenturas graves.

En el *abdomen* no se observa nada de particular, á no ser un *estreñimiento* moderado que se ha presentado en la gran mayoría de casos. Solo tres enfermos han tenido, y por muy poco tiempo, unas deposiciones líquidas precedidas de dolores cólicos muy ligeros, y en dos han permanecido naturales las evacuaciones durante todo el curso de la enfermedad. Vemos pues que es fácil conocer por esto el asiento de la afeccion, que solo se la puede colocar en el estómago. En cuanto á la *configuracion* del vientre, nunca ha presentado nada de particular, ni en el epigastrio, ni en ningun otro punto, escepto en un caso en que se ha notado un poco de tension. Algunas veces se ha practicado metódicamente la *percusion* en la region epigástrica, y si se esceptua la exacerbacion del dolor local, no ha dado á conocer ningun signo particular.

Estos son los signos locales propios de la gastritis, á los que se debe agregar un fenómeno acerca del cual han insistido algunos autores, y en particular Broussais, pero que solo raras veces se presenta, puesto que entre diez y siete casos solo se ha notado en uno: hablo de una *respiracion entrecortada* pa-

(1) *Recherches sur la fièvre tiphoïde.*

recida á una tosecilla seca y que pudiera llamarse *tos gástrica.* He observado la existencia de este síntoma en un caso en que la gastritis tenia una intensidad á que rara vez llega, puesto que hay pocos médicos que puedan decir que han visto un solo hecho semejante. Tal vez en este caso la alteracion de la respiracion era ocasionada por el esceso del dolor, exasperado á su vez por las contracciones del diafragma.

Vemos pues que hay mucha distancia de este fenómeno al que ha descrito Broussais con el nombre de *tos gástrica;* pero ¿no está bien convencido todo el mundo que, efecto de los errores continuos de diagnóstico que ha cometido este autor, esta supuesta tos gástrica no es mas que un síntoma, bien de una complicacion del catarro pulmonar, bien del estado particular en que se halla el pulmon en las calenturas graves?

Síntomas generales. Si los síntomas locales tienen siempre una intensidad manifiesta, no sucede lo mismo con los generales, y no es este uno de los caracteres menos notables de la enfermedad que nos ocupa. Todos saben que los médicos de la *escuela fisiológica* consideraban como una cosa perfectamente demostrada la existencia de numerosas alteraciones simpáticas subordinadas á la inflamacion del estómago, y si ahora estudiamos los hechos bajo este punto de vista, hallaremos que esta opinion es tambien el resultado natural de los errores de diagnóstico que tantas veces he tenido ocasion de indicar.

La *cefalalgia* que en la opinion de que acabo de hablar es sumamente frecuente y muy intensa en los casos de gastritis, solo ha llegado á ser un poco notable en once de los diez y siete casos, y únicamente en dos ha ofrecido una intensidad bastante grande. Este síntoma, aunque digno de notarse, no tiene sin embargo toda la importancia que se le ha querido dar, y además es preciso advertir que esta cefalalgia ha sido de muy corta duracion y no ha estado acompañada de desvanecimientos, delirio, estupor, soñolencia, ni en una palabra de ninguno de los síntomas mas graves de las calenturas intensas. Solo en dos sugetos ha habido al principio desvanecimientos pasajeros y nunca zumbido de oidos.

En resúmen esta cefalalgia no ha presentado caracteres distintos de los que se observan en las inflamaciones ordinarias de las membranas mucosas, y en particular de las flegmasías de

la faringe, y hasta con la particularidad de que en todos los casos ha estado subordinada al ligero movimiento febril que acompañaba á los síntomas locales.

Formas de la enfermedad. Conviene decir dos palabras de las diversas divisiones que se han introducido en la descripcion de la gastritis, atendiendo á ciertos síntomas predominantes, ó que han llamado mas particularmente la atencion de los autores. Se han distinguido primero una gastritis *erisipelatosa* y otra *flemonosa*, limitada aquella, segun los autores, á la membrana mucosa del estómago, y la segunda que afecta á las demás membranas y principalmente á la celulosa. Esta última, dicen, produce á veces verdaderos abscesos, que se anuncian por síntomas sumamente graves. Seria dificil buscar en las observaciones la prueba de la existencia de esta última gastritis, y los autores del *Compendio*, que han citado con este motivo á Cullen (1), Naumann (2) y algunos otros autores, se han visto precisados á reconocer que se habian descrito con el nombre de *gastritis flemonosa* muchas afecciones mal determinadas, y en particular abscesos de diferentes órganos próximos al estómago.

Se ha admitido tambien la existencia de una gastritis *subaguda* y de otra *sobreaguda*, y aun cuando es cierto que en la gastritis hay casos de una intensidad especial, y de ello dejo citado un ejemplo, este no es un motivo para formar una especie distinta de gastritis, porque esta afeccion en nada se diferencia respecto á este punto de otras afecciones del mismo género. Además debemos recordar que un gran número de los síntomas que atribuye Broussais á la gastritis sobreaguda, no son mas que síntomas de la calentura tifoidea, lo cual ha probado este mismo profesor trasformando sus gastritis sobreagudas en gastroenteritis intensas, enfermedades que á su vez se han trasformado en verdaderas afecciones tifoideas. Seria por consiguiente inútil destinar un artículo á esta forma, como lo hacen algunos autores.

Lo mismo digo de la gastritis *coleriforme*, que admiten los autores del *Compendio*, aunque sin embargo usan mucha reserva en su descripcion, y convienen en que con bastante frecuencia esta

(1) *Elementos de medicina práctica*, t. I.
(2) *Handbuch des Medic. Klinik*; Berlin, 1834, t. V.

supuesta gastritis no es mas que el cólera. Los principales síntomas de esta gastritis son, segun estos autores, la gran frecuencia de los vómitos biliosos y mucosos, y la abundancia de las sustancias vomitadas.

Todo el mundo conoce la gastritis que producen los *venenos irritantes;* pero como ya he dicho antes de ahora, no es este el lugar de describirla, puesto que debe formar parte de los envenenamientos, á los que destinaremos artículos especiales. Tampoco me ocuparé de la gastritis *adinámica*, de que no se ha citado un solo caso evidente, y en la que debemos ver tambien una calentura tifoidea.

Billard (1) ha descrito una gastritis *folículosa* de los recien nacidos, cuyos caracteres anatómicos ha hallado en la presencia de folículos que tienen el aspecto de granulaciones pequeñas, blancas, redondeadas, que terminan en un punto negruzco, y que á veces concluyen por ulcerarse y desorganizarse. Billard nos dice que durante el año de 1826 ha observado quince casos de ulceraciones foliculosas del estómago, pero no ha descrito ninguno. Los demás autores no han hablado de esta forma de la gastritis, y hasta muchos de ellos, entre otros Louis, nunca han podido descubrir los folículos. ¿Habrá tal vez descrito Billard, bajo el nombre de *gastritis foliculosa*, el estado mamelonado del estómago? No insistiré mas acerca de este punto, de que tengo que volver á ocuparme al tratar de la gastritis ulcerosa.

Finalmente, se ha admitido una gastritis *intermitente* y hasta una gastritis *de los ancianos* (2). La primera no es mas que la alteracion del estómago que se presenta en las calenturas intermitentes, y en cuanto á la segunda nada se halla en las observaciones que autorice á admitirla.

En resúmen, todas estas formas diversas que se han creido reconocer en la gastritis, no tienen, como acabamos de ver, verdadera importancia. La descripcion que precede ha probado que en todos los casos en que está bien demostrada la existencia de una gastritis, se presentan los síntomas variando solo en cuanto á su intensidad, y asi no debe dudarse que si se han admitido cierto número de especies y variedades, es porque se

(1) *Traité des mal. des enfans.*, 2.ª edicion, Paris, 1838, p. 338.
(2) Naumann y Nægele, citados por los autores del *Compendio.*

han confundido muchas enfermedades enteramente distintas. No hay pues mas que una sola division que sea admisible, y es la que sirve para distinguir la gastritis *primitiva* de la *secundaria*. Esta última, que se halla enteramente subordinada á la enfermedad principal, es con bastante frecuencia tenaz y rebelde, en razon á la gravedad y á la persistencia de esta enfermedad, y contribuye necesariamente en los casos graves á arrastrar á los enfermos al sepulcro, al paso que la primera cede fácilmente á un tratamiento apropiado. Por lo demás, no hay entre ellas, como ya queda dicho, diferencias sintomáticas esenciales.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es menos rápido en general que el del simple embarazo gástrico. Ya hemos dicho antes de ahora que en cierto número de casos hay en el principio síntomas poco intensos que tienden á prolongarse, y muchos sugetos han continuado enfermos de este modo por espacio de mas de quince dias sin hacer la afeccion grandes progresos. Esto sucede con mucho mas motivo cuando no se ha guardado una dieta severa, en cuyo caso propende la enfermedad á perpetuarse.

Como el tratamiento tiene grande influencia sobre los síntomas de la gastritis, la *duracion* de la enfermedad varía mucho segun que se ha empleado una medicacion apropiada en una época mas ó menos adelantada. Asi vemos algunos sugetos que despues de haber estado enfermos durante diez ó quince dias, se han curado en cuatro ó cinco á beneficio de un tratamiento muy sencillo. De aqui resulta que no es posible asignar límites exactos á la duracion de la enfermedad, y que lo único que se puede decir es que en los casos que reunido nunca se ha prolongado la afeccion mas de un mes ó mes y medio, y que el mayor número de veces no ha escedido de unos quince dias.

En los sugetos á que me he referido, la *terminacion* ha sido constantemente favorable. ¿Se deduce de esto que la gastritis simple primitiva nunca puede tener un éxito funesto? No me es posible decidirlo, y asi me limito á consignar el hecho y á recordar que en ninguna de las observaciones que citan los auto-

res como ejemplos de gastritis que han ocasionado la muerte, está demostrado que la inflamacion del estómago haya sido simple y primitiva, y que por el contrario, en los mas de los casos es evidente que debia haberse colocado entre las lesiones secundarias.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Lo que acabo de decir acerca de la terminacion constantemente feliz de la gastritis aguda simple parece que me dispensa completamente de hablar de las lesiones anatómicas; pero en la gastritis secundaria, que es como ya hemos dicho una enfermedad enteramente semejante, se han podido examinar con frecuencia las lesiones que estamos autorizados para considerar como igualmente pertenecientes á la gastritis primitiva. Tendré ocasion muchas veces, y sobre todo cuando tratemos de la calentura tifoidea, de indicar las alteraciones propias de la gastritis secundaria, y asi me contentaré con enumerarlas aqui.

Estas alteraciones son: la rubicundez, el reblandecimiento y el engrosamiento de la membrana mucosa, con los diversos grados que de ellas se conocen. Respecto al reblandecimiento sin rubicundez y con adelgazamiento, no me ocuparé de él ahora porque debo destinar en esta obra un artículo especial á dicha alteracion. Solo añadiré que es preciso no admitir como demostrada la existencia de la gastritis porque se halle una simple rubicundez en la superficie interna del estómago, puesto que los esperimentos hechos en estos últimos tiempos acerca de la inyeccion cadavérica prueban que esta rubicundez puede formarse perfectamente despues de la muerte. Se ha dicho que se podia conocer la rubicundez debida á una inflamacion verdadera en que no desaparece ni por el lavado, ni con la maceracion; pero varias esperiencias, y en particular las que ha hecho Scoutetten, han enseñado que la rubicundez verdaderamente inflamatoria podia desaparecer muy bien bajo la influencia de estos medios. Es preciso pues que acompañen á esta rubicundez modificaciones apreciables en la consistencia y grosor de la membrana.

Por las razones que dejo indicadas, no me detengo mas

tiempo en pormenores que no podrian tener grande interés para el práctico, y solo diré dos palabras acerca de las lesiones que ha indicado Broussais. Este autor habla de una disminucion de volúmen del estómago hasta el punto de llegar á reducirse al *de un intestino delgado*, é indica además el color negro y las fungosidades de la mucosa. Bien se puede decir, sin ser acusado de escepticismo, ó que hubo mucha exageracion en esta descripcion, ó que se refiere á hechos enteramente escepcionales y que pertenecen á otra enfermedad y no á una simple gastritis; pues las investigaciones mas exactas no han logrado hallar nada parecido á lo que dice Broussais.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Acabamos de ver que los signos por los cuales se conoce que existe una gastritis son el dolor epigástrico, los vómitos de bilis y una calentura en general poco intensa; esto viene á confirmar el diagnóstico diferencial entre esta afeccion y el *embarazo gástrico* que he presentado antes de ahora, y por consiguiente debo limitarme á reproducirle en el cuadro sinóptico, porque nada nuevo tendríamos que añadir.

La *gastritis crónica* presenta con frecuencia, como veremos mas adelante, síntomas semejantes á los de la aguda, y solo por el curso de la enfermedad y su persistencia se puede conocer si es aguda ó crónica. Volveré á ocuparme de esto luego que haya hecho la historia de esta última.

En algunos casos de *cáncer* del estómago presentan los síntomas al principio de la enfermedad cierto grado de agudeza, y entonces se pudiera creer que habia una simple gastritis aguda, y no salir del error hasta despues de un tiempo mas ó menos largo. Este diagnóstico es importante, mas para formarle con exactitud debemos reservarle para despues de la historia del cáncer á fin de tener todos los elementos necesarios.

En algunos casos de *gastralgia* hay igualmente síntomas bastante agudos: el dolor del epigastrio es intenso, los vómitos pueden presentarse con bastante frecuencia, y hasta puede ha-

ber una escitacion bien manifiesta; pero aun entonces hay entre estas dos enfermedades notables diferencias. En la gastralgia llama con especialidad la atencion el dolor espontáneo, no se ha perdido el apetito, los trastornos que sobrevienen durante la digestion son los signos que llaman mas particularmente la atencion al médico, y por último, y este es un punto capital, casi siempre la materia de los vómitos está compuesta de alimentos, bebidas y mucosidades. Asi solo se han podido confundir estos dos estados en una época en que se queria ver en todas partes la inflamacion del estómago.

¿Deberemos presentar ahora un diagnóstico entre la gastritis aguda y las *afecciones febriles?* Este asunto tenia mucha mas importancia cuando siendo poco conocida la calentura tifoidea, por ejemplo, solo se veia en ella una simple inflamacion del estómago y de los intestinos; pero hoy ya no existe esta confusion, á lo menos para la mayor parte de los médicos, y basta por consiguiente indicar en pocas palabras las enormes diferencias que hay entre una verdadera calentura tifoidea y una gastritis. En la gastritis lo especialmente notable son los síntomas locales, y por el contrario, en la calentura tifoidea son los generales. En la calentura tifoidea hallamos esa debilidad tan marcada en la invasion, los desvanecimientos, los zumbidos de oidos, la cefalalgia intensa, los escalofrios, el pulso acelerado, el calor, y en una palabra un movimiento febril siempre notable; y en la gastritis, ya hemos dicho que estos fenómenos ó no existen ó son de poca importancia. Añádase á esto los síntomas que ofrecen los intestinos en la calentura tifoidea, y tendremos tales diferencias que creo inútil insistir en este particular, y hasta me parece que no debo incluir este diagnóstico en el cuadro sinóptico. La distincion se hace aun mucho mas fácil cuando la enfermedad ha llegado á un período mas avanzado.

En las otras afecciones febriles, tanto flegmasias simples, como calenturas exantemáticas, teorías que ya no existen, habian hecho á ciertos médicos que viesen el punto de partida de la enfermedad en las alteraciones del estómago que se podrian referir á una inflamacion. Para hacer á este error la justicia que se merece, basta recordar que en las afecciones de este género pueden existir por un tiempo bastante largo los síntomas gás-

tricos de que estamos hablando, sin dejar en el estómago ningun vestigio inflamatorio. Las investigaciones recientes de anatomía patológica lo han probado suficientemente.

En resúmen, el diagnóstico diferencial de la gastritis, tal como la dejamos descrita, no ofrece grandes dificultades, lo cual me permite presentar un cuadro sinóptico sumamente corto.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la gastritis aguda y del embarazo gástrico.*

GASTRITIS AGUDA.	EMBARAZO GÁSTRICO.
No hay sabor amargo y desagradable ó es *poco marcado.*	Sabor *amargo,* soso, desagradable.
Dolor epigástrico espontáneo y á la presion; *no hay aversion* á los alimentos.	*Incomodidad* en la region epigástrica *mas bien que dolor; aversion* á los alimentos.
Náuseas y vómitos biliosos *repetidos.*	*Es raro* que haya náuseas, y *mas aun* que se presenten vómitos biliosos.
Cefalalgia *menos persistente*, *menos incómoda* y en relacion con la calentura.	Cefalalgia frontal *persistente* y *por lo comun muy incómoda.*
Calentura casi siempre *bastante manifiesta.*	*No hay* calentura ó es muy ligera.

2.° *Diagnóstico diferencial de la gastritis aguda y de la gastralgia con síntomas de escitacion.*

GASTRITIS SIMPLE AGUDA.	GASTRALGIA.
Dolor notable *á la presion.*	Es sobre todo notable el dolor *espontáneo.*
Pérdida del apetito ó muy notablemente disminuido.	*Se conserva en gran parte* el apetito.
Vómitos *biliosos.*	Vómitos compuestos *de alimentos,* bebidas y mucosidades.
Calentura mas ó menos intensa.	*No hay calentura.*

Pronóstico. Segun lo que dejamos dicho se deben haber modificado considerablemente las ideas acerca del *pronóstico* de la gastritis aguda simple. En efecto, hemos sentado que esta afeccion se disipa muy pronto á beneficio de un tratamiento muy sencillo. En ninguna observacion hallamos signo alguno que pueda indicarnos si esta enfermedad tiene propension á pasar al estado crónico.

§. VII.

TRATAMIENTO.

La gastritis aguda mirada bajo este nuevo punto de vista, está muy distante de exigir los medios enérgicos que en las ideas que estaban en voga hace pocos años debian emplearse con prontitud contra ella; en efecto, vamos á ver que ha cedido casi siempre á una medicacion sumamente suave.

Emisiones sanguíneas. En los casos que he reunido no se ha llegado á hacer uso de la *sangría* general, y asi es que nada nos dice la observacion respecto al valor de este medio; sin embargo, se puede admitir por analogía que debe tener cierto grado de eficacia, y que estará especialmente autorizado el profesor á practicarla cuando la calentura sea bastante intensa; pero ni aun en este caso se harán evacuaciones muy repetidas y abundantes, porque nada prueba que sean necesarias. Por el contrario, se han aplicado *sanguijuelas* en un gran número de casos, y el alivio manifiesto que se ha observado desde el dia siguiente ó á los dos dias, nos prueba que este medio tiene un valor positivo aun cuando hasta ahora no se halle perfectamente determinado. Por lo comun bastan *quince ó veinte sanguijuelas* al epigastrio, y hasta es raro que haya necesidad de repetir esta aplicacion; sin embargo, he tenido que hacerlo en un caso de gastritis de una intensidad escepcional que tuve ocasion de observar, y del que ya he hablado repetidas veces. Se pueden sustituir las sanguijuelas con ocho ó diez *ventosas escarificadas* aplicadas á la region epigástrica.

Vomitivos. Admirará sin duda ver que tratamos aqui de los vomitivos, si todavía se recuerda el horror que inspiraba esta medicacion en la época en que reinaban las ideas de la *escuela fisiológica.* No citaré para combatir estas ideas las de los an-

tiguos que opinaban que el vómito se curaba siempre con el vómito; pero indicaré la observacion de la gastritis intensa que acabo de citar, y en la cual un vomitivo administrado al principio de la enfermedad, lejos de agravar los síntomas produjo un alivio manifiesto, aunque pasajero. Me habia inclinado á recurrir á este medio el haberse presentado los primeros accidentes despues de una digestion laboriosa que podia consirarse como una verdadera indigestion. Este hecho prueba que en semejantes casos no se deben temer los funestos efectos del vomitivo, y advertiré además que en los primeros vómitos que ha provocado el medicamento se ha podido reconocer la presencia de alimentos mal digeridos, de los que indudablemente no ha sido inútil librar al estómago. Debo añadir que los casos de este género son los mas raros, y que está probado por los demás hechos que he analizado, que las mas veces se combate pronto la enfermedad y con buen éxito sin necesidad de recurrir á los vomitivos. Solo pues estamos autorizados á hacer uso de ellos en casos particulares, y se deben administrar entonces el *tártaro estibiado* y la *ipecacuana* á dosis emética.

Purgantes. El estreñimiento que se observa en esta enfermedad ha debido necesariamente inclinar á los prácticos á prescribir á veces los purgantes. En dos de las observaciones que ha recogido Lóuis se ha dado el *aceite de ricino á la dosis de* 60 *gramos* (2 onzas), y en otras dos los *calomelanos á la dosis de* 30 *á* 60 *centígramos* (6 á 12 granos). No se han empleado estos medios para combatir el estreñimiento pertinaz hasta despues de haberse aliviado ya los principales síntomas gástricos, y se ha obtenido aquel efecto en el espacio de tres dias sin que haya sufrido el estómago el menor accidente. Asi no se deben temer las consecuencias de un purgante ligero; pero ¿tendrán mas inconvenientes los purgantes fuertes? No es posible decidirlo faltando los hechos, mas como la rebeldía del estreñimiento no llega hasta el punto de exigirlos, no hay motivo para que nos ocupemos por mas tiempo de esta cuestion.

Narcóticos. En muchos casos se han prescrito igualmente algunos narcóticos, tales como el *jarabe de diacodion á la dosis de* 30 *gramos* (1 onza) y el *estracto de opio á la de* 3 *centígramos* (medio grano); y aun cuando no es posible reconocer su grado de eficacia por los hechos que poseemos, á lo menos

estamos seguros de que no han ocasionado ningun efecto dañoso. Veremos mas adelante, al tratar de la gastritis crónica, que las *lavativas laudanizadas* consiguen con frecuencia calmar los vómitos rebeldes, y por consiguiente pudiera muy bien ponerse en uso este medio en la gastritis aguda si hubiese vómitos de esta especie, sin temor de producir verdaderos inconvenientes.

De intento no he hablado de otros muchos medios que forman parte del tratamiento de la gastritis, tal como la conciben los autores. Cuando hay un tratamiento sencillo cuya eficacia es bien conocida, se debe cuidar de no complicarle agregándole medios de un valor equívoco, ó aplicados á casos cuyo diagnóstico es incierto. Asi pues me limitaré á decir dos palabras acerca de las bebidas y del régimen.

Bebidas. Se pueden administrar bebidas emolientes, como la solucion del jarabe de goma y de altea, é infusion de malvas azucarada, sin temor de hallar, como he dicho antes de ahora, gran repugnancia de parte de los enfermos. En el caso contrario se prescribirán algunas *bebidas aciduladas*, como la solucion del jarabe de grosellas ó guindas, y la limonada ligera. Si los vómitos fuesen muy frecuentes y al mismo tiempo hubiese mucha sed, se podria recomendar al enfermo que deshiciese pedazos de *hielo* en la boca. En general se administran estas bebidas á una temperatura poco elevada, lo que se recomienda especialmente cuando hay cierto grado de agitacion.

Régimen. Como ya lo hemos hecho notar, casi siempre los enfermos se someten por sí mismos á una dieta severa. Mientras que persisten el dolor epigástrico y los vómitos de bilis, se debe continuar esta dieta, pero de ningun modo es útil prolongarla por mucho tiempo despues de la desaparicion de los accidentes principales, como lo han supuesto algunos autores. En efecto, en los casos que he reunido hallamos que se ha soportado con facilidad una alimentacion ligera inmediatamente despues de haber cesado el dolor y los vómitos, y que al poco tiempo se han prescrito sin inconveniente alimentos mas sustanciosos. En un caso de gastritis sobreaguda han bastado solo ocho dias para que el enfermo vuelva á un régimen casi semejante al que seguia en el estado de salud.

En la gastritis se debe obrar con alguna mas prudencia

que en el embarazo gástrico, pero seria un error el querer usar de una severidad estrema; asi se pueden permitir desde el primer dia de la convalecencia *caldos*, *sopas ligeras* y *leche*; un dia ó dos despues se aconsejarán los *pescados*, las *gelatinas de carne*, *etc.*, para llegar por último muy pronto á un régimen variado como en el estado de salud.

Resúmen y prescripciones. No puedo prescindir de hacer notar nuevamente la suma sencillez de este tratamiento, cuya base forman las sanguijuelas, las bebidas emolientes y aciduladas y la dieta. Bastará pues una sola prescripcion, puesto que solo se trata de insistir mas ó menos en estos medios, segun la gravedad de los casos.

PRESCRIPCION.

1.° Para bebida, tisana emoliente ó acidulada á una temperatura poco elevada.

2.° Quince ó veinte sanguijuelas al epigastrio y repetir esta aplicacion una ó dos veces, si el caso lo exige.

3.° Una pocion con 20 á 30 gramos (5 dracmas á 1 onza) de jarabe de diacodion, ó bien una píldora de 3 centígramos (medio grano) de estracto tebáico por la noche. Lavativas opiadas contra los vómitos rebeldes.

4.° Despues que hayan cesado los principales accidentes gástricos, combatir el estreñimiento por medio de purgantes ligeros.

5.° Dieta absoluta y quietud en la cama en el rigor de la enfermedad, y luego que hayan cesado los síntomas principales permitir á poco tiempo alimentos ligeros.

Breve resumen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, vomitivos en los casos particulares, purgantes, narcóticos, bebidas emolientes ó aciduladas y régimen.

ARTICULO IV.

GASTRITIS CRÓNICA SIMPLE.

Las dificultades que vamos á hallar en la descripcion de la gastritis crónica son todavía mayores que las que hace poco hemos indicado al hacer la historia de esta inflamacion en su estado agudo. Si nos contentáremos con consultar los artículos generales que han escrito los diversos autores, pudiéramos creer que se conoce bastante bien esta enfermedad; pero si pedimos datos á la observacion, si solo queremos fundar nuestro juicio en documentos exactos y positivos, nos hallamos sumamente embarazados. Hasta estos últimos tiempos se han descrito indiferentemente con el nombre de gastritis crónica tanto la gastralgia como el cáncer del estómago, y Broussais hasta habia llegado á establecer en teoría la identidad de esta última enfermedad con la inflamacion gástrica. Andral (1), imbuido en las mismas ideas, ha hecho la misma confusion, aun cuando mas tarde haya modificado sus opiniones sin cambiarlas enteramente. Pero ya veremos mas adelante en el artículo *Cáncer del estómago*, cuán fuertes y numerosas son las razones que impiden que se acepte esta opinion. Aqui tenemos ya un orígen grandísimo de dificultades; porque, preciso es decirlo, este modo inexacto de considerar á la gastritis crónica ha sido imitado con mucha frecuencia.

Pero aun no es esto todo, sino que nuevas investigaciones acerca de una alteracion cadavérica particular han venido tambien á complicar la cuestion: hablo de los esperimentos que ha hecho Carswell (2) acerca de la accion disolvente del jugo gástrico, que se efectúa en algunas circunstancias en el cadáver. Estos esperimentos, emprendidos por algunos autores de que hablaré en uno de los artículos siguientes, se han publicado precisamente en el momento mismo en que parecia

(1) *Mém. sur les car. anat. de la gastr. chron.* (*Répert. d' anat. et de physiol.*; t. I, 1826., y *Clin. méd.*, t. II).

(2) *Journ. hebd. de méd.*, t. VII, junio de 1830: *Rech. sur la dissol. chim. ou digestion des parois de l' estomac après la mort.*

que cierto número de observaciones habian venido á ilustrar por fin la historia de la inflamacion crónica del estómago, y á disipar la mayor parte de las dudas que oscurecian este punto. En efecto, todos saben que el trabajo de Carswel apareció pocos años despues de la publicacion de la memoria de Louis acerca del *adelgazamiento y reblandecimiento de la mucosa del estómago* (1), y asi es que cuando apenas habia habido tiempo para creer que nos hallabamos en camino de la verdad, han venido estos nuevos esperimentos á reanimar la discusion y aumentar nuestras incertidumbres. Hallando la cuestion en este estado ya se comprenderá en cuántas dificultades he debido tropezar para proporcionarme datos un poco satisfactorios en medio de estas opiniones contradictorias, y lo que es peor todavía, á la vista de hechos cuya esplicacion es dificil encontrar. He querido recurrir á las observaciones, pero estas distan mucho de poder ofrecernos una conviccion bien fundada, lo cual se concebirá fácilmente al saber que el mismo Louis, despues de una análisis muy exacta y muy detallada de los hechos que ha recogido referentes á este particular, y despues de haber apreciado con cuidado los síntomas y las lesiones, ha quedado en la duda acerca de este punto importante. En un principio habia creido que se podia decidir en favor de la naturaleza inflamatoria de la lesion que ha descrito con el nombre de *reblandecimiento con adelgazamiento*, y despues el exámen de cierto número de casos observados principalmente en el curso de la calentura tifoidea ha venido á despertar dudas en su ánimo, hasta el punto que despues de haber hecho notar todas las razones que abogan en favor de la naturaleza inflamatoria de la enfermedad, añade (2): «Sin embargo, las razones numerosas que he espuesto en otro lugar (3) hacen poco verosímil esta interpretacion, y es lícito creer que en cierto número de casos el reblandecimiento, la destruccion de que se trata, resultan al parecer de una accion química, cuyas condiciones, sin embargo, no se han determinado todavía.»

(1) *Arch. gén. de méd.*, mayo de 1824, y *Mém. ou Rech. anat.-pathol.*, 1826.
(2) *Recherches sur la phthisie*, 2.ª edic., Paris, 1843, p. 72.
(3) *Rech. anat.-pathol. et Ther. sur la fièvre typhoïde*, 2.ª edic., 1841, t. I, p. 156.

Tenia necesidad de dar á conocer este estado de la ciencia para que no se me pudiese imputar cierta falta de precision que era imposible evitar; sin embargo, procuraré al examinar los hechos trazar lo mas fielmente posible el cuadro de la enfermedad.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Seria útil poder definir la gastritis crónica simple por una descripcion abreviada de sus síntomas y lesiones principales; pero ya acabamos de ver que esto no es posible sin una discusion preliminar. Contentémonos pues por ahora con decir, que la gastritis crónica es la inflamacion del estómago mas ó menos persistente y con síntomas generalmente menos intensos que los de la gastritis aguda.

Esta enfermedad ha recibido los nombres de *inflamacion crónica del estómago*, *reblandecimiento*, *mamelonamiento* de la mucosa gástrica, y ha sido descrita implícitamente bajo las denominaciones de *escirro*, *cáncer*, *induracion del estómago*, *hipertrofia*, *etc.* No obstante, conviene advertir que ha sido un error el que los autores hayan introducido la gastritis crónica en estas últimas descripciones, porque no está de modo alguno probado, como veremos mas adelante, que una inflamacion simple del estómago, cualquiera que sea su duracion, produzca por sí misma las lesiones que acabo de mencionar.

Ya se concibe cuán dificil es dar una idea de la *frecuencia* de la enfermedad, puesto que antes de abordar semejante cuestion seria preciso decidir si el reblandecimiento blanco con adelgazamiento es ó no una gastritis. Careciendo pues de este elemento para la resolucion del problema, todo cuanto puedo decir aqui es que la gastritis crónica, mucho mas rara aun en el estado simple que la aguda, se presenta principalmente en el curso de las enfermedades crónicas y en particular de la tisis pulmonar. En efecto, veremos mas adelante que en estas circunstancias y despues de haber presentado los sugetos síntomas inequívos, es cuando se hallan en la autopsia lesiones del estómago, tales como la rubicundez, el engrosamiento y el reblandecimiento de

la membrana mucosa, que no pueden referirse mas que á la inflamacion.

§. II.

CAUSAS.

Si hemos de creer á los diferentes autores, las causas conocidas de la gastritis crónica son numerosas. Entre ellas encontramos primeramente todas las que se han atribuido á la gastritis aguda, y cuya accion hubiese continuado por mucho tiempo ó se haya reproducido con frecuencia. Broussais ha insistido principalmente acerca de este punto, pero en primer lugar este autor no ha presentado una estadística de observaciones capaces de poner el hecho fuera de duda, y en segundo lugar referia á una simple inflamacion del estómago afecciones sumamente diferentes, como la gastralgia y el cáncer: basta para convencerse de esto leer lo que ha escrito acerca de este punto tanto en sus *Flegmasias crónicas* como en su *Curso de patologia*. Además, para este autor la accion de los irritantes, aun de los mas enérgicos, puede producir la gastritis crónica en un sugeto que se haya habituado poco á poco á la accion de estas sustancias, ó bien en un individuo de temperamento flojo y linfático; pero estas son ideas hipotéticas mas bien que consecuencias de hechos bien estudiados. Como nada sabemos de positivo respecto á este particular, no me detendré á enumerar las diversas causas que han admitido los autores.

Si examinamos los hechos que ha recogido Louis, veremos que de dos sugetos que han presentado síntomas bastante intensos, la enfermedad apareció en uno despues de *grandes escesos alcohólicos*, y en otro á los seis meses de una *miseria estremada;* pero hay muchas consideraciones que prueban, como lo hace notar este autor, que no se debe conceder demasiado valor á estas causas. En primer lugar no se ha observado nada parecido en los demás enfermos, y en segundo lugar el número de las mugeres afectadas de la enfermedad que él ha descrito era notablemente superior al de los hombres. Este último resultado ha sido confirmado por las observaciones tomadas en los tísicos y en los sugetos atacados de calentura tifoidea. No obstante, no se debe olvidar que Louis ha descrito los casos en que la lesion era realmente inflamatoria y aquellos en que todavía es in-

cierta la naturaleza de esta lesion *(reblandecimiento blanco)*, y ya veremos que conviene quedar en la duda acerca de la verdadera influencia de las causas de que acabamos de hablar.

§. III.

SÍNTOMAS.

Al determinar cuáles son los síntomas propios de la gastritis crónica simple es cuando principalmente se encuentran las mayores dificultades. Para ilustrar esta cuestion he querido averiguar cuál era la relacion entre los síntomas y las lesiones en los casos mejor observados, y al efecto he examinado separadamente los hechos en que solo habia *reblandecimiento con adelgazamiento de color blanco azulado* (lesion que segun los esperimentos de Carswell se debe considerar como puramente cadavérica), y aquellos en que habia además en ciertos puntos rubicundez, engrosamiento y sobre todo amamelonamiento con color agrisado ó azulado, que segun consideraciones que espondré mas adelante, Louis considera como un resultado evidente de la inflamacion crónica. Efectivamente, he hallado que lo mismo en unos que en otros casos, y casi en una proporcion igual, habia habido unas veces simplemente dolores al epigastrio acompañados de náuseas sin vómitos de bilis, ó faltando completamente los vómitos, y otras veces dolores epigástricos con náuseas y vómitos de bilis, síntomas que, como ya hemos dicho antes de ahora, caracterizan la gastritis aguda.

En el estado actual de la ciencia creo pues imposible distinguir durante la vida los casos en que solo se halla un simple reblandecimiento blanco con adelgazamiento, y aquellos en que este reblandecimiento está acompañado de vestigios evidentes de inflamacion. ¿Se deduce de esto que no se deban describir los síntomas de la gastritis crónica? Realmente no, porque en los casos de que estoy hablando los ha habido tan evidentes que nos permiten estudiar esta enfermedad, solo que no debe echarse en olvido que estos síntomas pertenecen igualmente al reblandecimiento tal como será descrito en el artículo siguiente. Examinémoslos pues aqui, y aplacemos para un poco mas ade-

lante la discusion que debe suscitar un asunto tan complicado.

Invasion. Como lo ha notado Louis (1) en un número bastante considerable de enfermos ya estan alteradas las *funciones digestivas* cuando aparecen los síntomas que caracterizan la afeccion. Esto depende evidentemente de que la enfermedad casi nunca se presenta mas que en el estado de complicacion, y que ya hacia mas ó menos tiempo que las funciones del estómago participaban del trastorno mayor ó menor de casi todas las demás de la economía. Pero sea que esten alteradas estas funciones, sea que se presente la enfermedad en un estado de salud casi perfecta, como en un caso que ha citado Louis, la *invasion* es la misma, y se anuncia unas veces por la disminucion ó pérdida completa del apetito, por dolores al epigastrio, por escalofrios que alternan con calor, por sed y mas tarde por náuseas y vómitos; otras veces por estos últimos síntomas que aparecen los primeros con anorexia, sed y calentura, á los que siguen á veces, despues de un intervalo bastante largo, dolores en el epigastrio, y finalmente algunas veces por la aparicion de todos estos síntomas á la vez declarándose la enfermedad con una intensidad bastante grande.

Síntomas. Cuando ya está confirmada la enfermedad, estos síntomas persisten con mas ó menos violencia, y merecen por consecuencia que los vayamos examinando sucesivamente.

La *pérdida del apetito* persiste las mas veces bastante graduada durante todo el curso de la enfermedad; mas en algunos casos solo se manifiesta algunos dias antes de la muerte, y finalmente en otros hay variaciones marcadas de tal modo, que despues de haber estado el apetito completa ó casi completamente abolido, puede volver á aparecer durante un tiempo mas ó menos largo. Vemos pues que este síntoma no tiene toda la importancia que se le podria suponer.

En cuanto á la *sed*, tampoco tiene mucho mas valor, puesto que unas veces es muy intensa y otras por el contrario muy ligera, en sugetos que presentan lesiones idénticas. El *deseo de bebidas frias* no es general, como lo ha notado Louis, pues en circunstancias al parecer semejantes, ciertos enfermos solo quieren beber líquidos frios, al paso que otros piden que se los den

(1) *Lug. cit.*, *p.* 54.

templados. No se ha notado que los unos escitasen mas el vómito que los otros.

Las *náuseas* constituyen un síntoma importante en razon á que se presentan constantemente en la enfermedad que nos ocupa, son á veces molestas para los enfermos y estan acompañadas de inapetencia mas ó menos completa.

En cuanto á los *vómitos*, son mucho menos constantes, porque de doce casos que forman la primera serie de observaciones publicadas por Louis, han faltado en tres. He querido tambien asegurarme de si esta falta completa de vómitos pertenecia mas particularmente al reblandecimiento blanco, y en efecto he hallado que en estos tres casos no habia rubicundez de la mucosa, engrosamiento, amamelonamiento, ni en una palabra, ningun signo de inflamacion verdadera; pero este resultado, que parecia importante, se halla destruido por la *observacion diez y nueve* de la memoria de Louis, en la que se ha observado que faltaron completamente los vómitos, y sin embargo se halló en la autopsia un amamelonamiento muy considerable de la mucosa con una alteracion notable del tejido submucoso, correspondiendo á una superficie plegada que tenia el aspecto de una cicatriz. Por otra parte los vómitos, tanto de bilis, como mas rara vez de alimentos, se presentan, como ya hemos dicho antes de ahora, con una ú otra de las alteraciones de que acabamos de hablar.

Sea como quiera, estos vómitos son persistentes y repiten á intervalos variables, en algunos casos varias veces al dia, y en otros con menos frecuencia: en algunas ocasiones basta la ingestion de una corta cantidad de alimentos y de bebidas para provocarlos inmediatamente. En igualdad de circunstancias parece que los *vómitos biliosos* son los mas molestos para el enfermo.

Los *dolores al epigastrio* son un signo que importa mucho notar, y se puede decir que se presentan casi constantemente, pues solo han faltado en uno de los casos que ha observado Louis, y del cual me ocuparé un poco mas adelante. Lo mismo que en la gastritis aguda, estos dolores son *espontáneos* ó *provocados*. Los primeros son á veces muy intensos, y en muchos de los enfermos que ha observado Louis eran, dice este autor, muy marcados en ocasiones hasta el punto de decir los enfermos que su enfermedad estaba toda en el epigastrio. Otras veces solo se quejaban los individuos de un poco de *estorbo* en la region epi-

gástrica, algunas *punzadas*, una sensacion continua como de una *barra*, ó bien acusaban otras sensaciones, y entre ellas un *calor* mas ó menos marcado. Se podria creer que en estos casos deberian hallarse mas particularmente los signos de una inflamacion indudable: pues bien, el mismo Louis hace notar que ha visto en estos sugetos la membrana mucosa simplemente reblandecida, adelgazada y pálida, ó de color rosa mas ó menos vivo.

Estos dolores epigástricos se *exasperan* siempre notablemente *por la presion*, y este es un punto muy importante. Segun la observacion de Louis se han presentado guardando proporcion con las náuseas y con los vómitos.

Es raro que los *escalofrios alternando con calor*, que hemos dicho que existian en el principio de la enfermedad, se prolonguen durante todo su curso, y á veces se manifiesten á intervalos variables. La celeridad del *pulso* nunca es muy considerable; pero sin embargo, cualquiera que ella sea merece llamar nuestra atencion, porque distingue la enfermedad que nos ocupa de una simple gastralgia, que desgraciadamente para los progresos de la ciencia ha estado por mucho tiempo confundida con la gastritis crónica.

No hemos hallado en las observaciones ese *trastorno de las funciones cerebrales* que hace algunos años se creia que acompañaba necesariamente á las afecciones del estómago. En las observaciones de Louis ha permanecido intacto el ejercicio de las facultades intelectuales y de los órganos de los sentidos, y en ningun caso ha habido *cefalalgia* que pudiese atribuirse á la afeccion gástrica.

La *fisonomía*, como lo prueban los hechos, nada ofrece de particular escepto en el momento en que se presentan los dolores epigástricos, y su espresion es entonces la misma que la que toma en los cólicos, como lo ha hecho notar Louis.

No se ha observado *dolor* ni *quebrantamiento de miembros* que puedan referirse á la existencia de la afeccion del estómago. El *estado de las fuerzas* se halla en relacion ya con la abundancia y frecuencia de las evacuaciones, sobre todo cuando hay deposiciones abundantes de vientre, ya con la falta mas ó menos completa de alimentacion; pero está muy poco subordinada á la flegmasia del estómago, porque en circunstancias diferen-

tes de las que acabamos de indicar, los enfermos han podido dedicarse á sus trabajos habituales hasta una época muy adelantada de su enfermedad.

Lo mismo que en la gastritis aguda, el *estado de la lengua* no presenta ese aspecto particular que se ha querido dar como un signo propio de las afecciones del estómago. Unas veces en su estado natural y otras tan solo un poco rubicunda en la punta con vellosidades blancas ó rojizas en el centro, la lengua se halla siempre húmeda, á menos que la gastritis no se presente en el curso de otra enfermedad, en la que el movimiento febril influya sobre el estado de este órgano.

No he hablado de la diarrea á pesar de haberse observado en la mayor parte de los enfermos, razon por la que algunos han podido creer que era un síntoma de la enfermedad, ó en otros términos, que habia una gastroenteritis crónica; pero el exámen de los hechos prueba que es dependiente de la enfermedad crónica principal y sobre todo de la tisis, y lo que todavía lo prueba mas es que en muchos casos en que se ha presentado la gastritis en estado de simplicidad ha habido por el contrario *estreñimiento.*

Tales son los síntomas que se pueden referir á la gastritis crónica; sin embargo, conviene dar algunas esplicaciones antes de pasar adelante. En la mayor parte de los casos que he analizado, la gastritis se hallaba en el estado de complicacion: ¿se puede deducir de esto que los síntomas se han modificado por esta circunstancia, y que habrian sido diferentes si la enfermedad se hubiese presentado en el estado de sencillez? Esto no se puede admitir, porque si se examinan las observaciones recogidas de esta última especie, aunque en corto número, se ve que todos los fenómenos han sido absolutamente los mismos, y verificándose la curacion, esta ha probado que de ningun modo dependia la enfermedad de una afeccion orgánica profunda.

En resúmen podemos decir que la gastritis crónica tiene por síntomas la pérdida mas ó menos completa del apetito, los dolores epigástricos, las náuseas, los vómitos de bilis ó de alimentos, y que entre estos fenómenos las náuseas y los dolores en el epigastrio son los mas constantes.

Sin embargo, hay casos en que pueden tambien faltar estos últimos síntomas, y entonces la enfermedad es verdaderamente

latente. Louis ha citado un ejemplo notable de esto en la *décima nona observacion* de su memoria, en la cual se encontró un amamelonamiento considerable del estómago con engrosamiento de la mucosa y secrecion de un líquido viscoso, aunque no se habian observado otros síntomas que una anorexia persistente, lo cual es una nueva causa evidente de la vaguedad é incertidumbre en que estamos acerca de los signos positivos de la afeccion de que tratamos.

Como se vé, no he incluido en la descripcion precedente estos casos, en los que segun los autores ya hay dolores atroces, vómitos contínuos, hematemesis y signos de caquexia, ó ya por el contrario, ligeros trastornos funcionales con dolores espontáneos mas ó menos vivos, sin el menor movimiento febril. En efecto, me he convencido de que los hechos de este género, incluidos por los autores en la historia de la gastritis crónica, se refieren á las úlceras, á los cánceres del estómago ó á la gastralgia. Seria pues de desear que en lo sucesivo no se incurriese en esta confusion, porque este será el único medio de ilustrar tan importante materia.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

No puede hacerse cosa mejor, respecto al *curso* y *duracion* de la enfermedad, que dejar hablar á Louis que ha analizado sus observaciones bajo este punto de vista. «Por lo general, dice, la enfermedad recorria sus diversos períodos con lentitud, su duracion era mucha y se puede creer que lo hubiera sido mas sin las complicaciones que existian. Se la ha visto en un caso durar tres meses y medio, seis en otro y trece en otro caso, sin que se haya observado una diferencia correspondiente en el estado de los órganos despues de la muerte.

»Como todas las afecciones de curso lento, esta enfermedad no le tenia uniforme en su forma crónica; algunas veces parecia estacionaria y aun tender hácia la curacion, pero la aparente mejoría era bien pronto seguida de recaida. Ya hemos indicado un ejemplo notable en el que un sugeto, despues de cinco meses de enfermedad, recobró el apetito en un espacio de tiem-

po casi igual, pareció entrar en convalecencia, y sin embargo, no por eso dejó la afeccion de seguir su curso aunque con lentitud hácia una terminacion funesta.»

En cuanto á la *terminacion*, si bien es verdad que las mas veces ha sido fatal, se puede creer que en los mas de los casos no se debe atribuir este funesto resultado á la afeccion del estómago, sino mas bien á los progresos de la enfermedad principal á la cual ha venido á agregarse la gastritis crónica como una nueva causa de muerte. Lo que lo prueba es que Louis ha citado tres observaciones, en las que se ha obtenido la curacion, aunque los síntomas tenian una intensidad notable. En semejante caso los vómitos se calman, y lo mismo sucede despues con las náuseas y los dolores epigástricos, y por último, se recobra lentamente el apetito hasta llegar á su estado normal.

§. V.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Como no me es posible ocuparme en este lugar con estension del diagnóstico diferencial de esta afeccion, debo dejarle para despues que haya hecho la historia del *reblandemiento blanco*, del *cáncer* y de la *gastralgia*. Entretanto que no tengamos los elementos de este difícil diagnóstico, me limitaré á insistir sobre el valor semeiológico de los síntomas, y para esto lo mas conveniente es tomar de la memoria de Louis todo lo que ha dicho sobre este punto, porque allí se encuentra una análisis exacta de sus observaciones.

«Ya hemos visto, dice, que la afeccion de que se trata se desarrollaba con mas frecuencia en sugetos cuyo apetito y digestiones estaban alteradas desde mucho tiempo; que al principio habia calentura, náuseas, vómitos y anorexia mas ó menos completa; que estos síntomas, acompañados, precedidos ó seguidos de dolores en el epigastrio, se presentaban en todos los casos; que jamás habian faltado las náuseas y la anorexia, y en fin que la epigastralgia se habia observado once veces en doce enfermos, etc.

»Acabamos de ver que estos síntomas persistian con remisiones mas ó menos largas hasta la muerte, y que en casi todos

los casos la enfermedad era lenta. Además, hemos hecho notar que se manifestaba durante el curso de las afecciones crónicas, y mas comunmente en la tisis pulmonar, á la que rara vez precede.

»Por consiguiente, siempre que encontremos los síntomas indicados en personas atacadas de afecciones crónicas y que han padecido largo tiempo de digestiones difíciles con disminucion del apetito, deberemos, cuando hayan existido los síntomas indicados durante algun tiempo, por ejemplo, veinte dias, un mes ó seis semanas, sospechar la existencia del reblandecimiento con adelgazamiento de la membrana mucosa del estómago (1). Si estos síntomas llegasen á declararse sin alteraciones preliminares de las funciones digestivas, sin disminucion de mayor ó menor duracion del apetito, y en sugetos exentos de enfermedades crónicas, las sospechas serian sin duda menos fundadas. Sin embargo, como estas suposiciones se encuentran en parte reunidas en los sugetos de las observaciones 7.ª, 10.ª y 11.ª, creemos que si los síntomas indicados habian durado seis semanas ó dos meses, se deberia estar casi seguro de que existia la enfermedad de que tratamos.

»Cuando estos síntomas fuesen poco marcados, si no hubiese mas que náuseas sin vómitos, un simple embarazo ó un dolor obtuso en el epigastrio, y sobre todo si el enfermo se desmejoraba lentamente y conservaba sus fuerzas, el diagnóstico tendria por necesidad que ser incierto; porque se podria creer que habia que tratar *un cáncer del estómago* cuyo curso es muy lento, y mas sabiendo que la falta de un tumor muy perceptible en el epigastrio está lejos de poder resolver todas las dudas.

»Por otra parte no pretendemos que los síntomas indicados sean los únicos que existen, y que no pueda fundarse el diagnóstico de la enfermedad mas que en ellos solos; nuestras deducciones no son mas que la espresion de los hechos que hemos observado, y no dudamos que nuevas observaciones den á conocer nuevos signos ó modifiquen de un modo cualquiera los que acabamos de señalar. Por último, recordaremos que la enfermedad es algunas veces latente, y que faltando los síntomas es absolutamente imposible formar el diagnóstico.»

(1) No se olvide que la descripcion de este reblandecimiento se confunde con la de la gastritis crónica simple.

Pronóstico. Los casos de curacion citados anteriormente prueban que la enfermedad no es por sí misma de mucha gravedad. Por lo comun viene á agregarse, como he dicho, á las lesiones de la afeccion preexistente para apresurar la muerte; pero por sí sola no ocasiona esta terminacion funesta. Por lo tanto, cuando sobreviene en sugetos cuya salud no se halla alterada, se debe tener esperanzas de verla terminar favorablemente.

§. VI.

TRATAMIENTO.

No seré mucho mas difuso respecto del tratamiento de la gastritis crónica que lo he sido en el artículo dedicado á la gastritis aguda. En efecto, ¿por qué iria yo á tomar de los autores sus medicaciones, cuando está probado que no han sido aplicadas positivamente á la enfermedad de que se trata? Examinemos pues rápidamente los principales medios que se han usado.

Emisiones sanguíneas. Como no podria hacer en este lugar otra cosa que repetir lo que he dicho sobre este punto al hablar de la gastritis aguda, me limitaré á advertir que no hay propension á recurrir á las emisiones sanguíneas en la gastritis crónica, sino en los casos en que adquiriendo los síntomas cierto grado de intensidad se asemejan á los de la gastritis aguda. En un caso de esta naturaleza hicieron desaparecer casi repentinamente los dolores unas *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio (Louis), resultado á la verdad bastante importante para que no se descuide este medio. Sin embargo, Louis hace tocante á este hecho la observacion siguiente: «No obstante, observaremos respecto del tratamiento de la primera época de la enfermedad, que en este período se han usado enérgicamente los antiflogísticos en uno de nuestros enfermos, sin poder detener el curso de la lesion de la membrana mucosa del estómago como en los otros casos.»

Vejigatorios y otros tópicos irritantes. Como los vejigatorios han hecho cesar algunas veces los vómitos pertinaces con gran rapidez, se ha propuesto recurrir á ellos en la gastritis crónica. ¿Pero cuando se han empleado con buen éxito habia una verdadera infla-

macion? Me es imposible decirlo. Solo sé que se han aplicado en algunos casos observados por Louis, pero sin resultado notable. Por lo tanto se debe tener en ellos poca confianza y emplearlos principalmente contra los dolores y el vómito. Las mismas reflexiones se pueden hacer respecto de los *sinapismos*, *cauterios*, *moxas*, fricciones con el *aceite de croton tiglio*, emplastos espolvoreados con *tártaro emético* y la *pomada de Autenrieth*. Por lo demás, nada prueba que estos medios tengan los inconvenientes que les atribuia Broussais, cuando se ponen en uso en casos en que el movimiento febril no existe ó es ligero.

Narcóticos. Los narcóticos se emplean generalmente para calmar los dolores y contener los vómitos, y por lo mismo se los debe mirar como parte constituyente del *tratamiento paliativo*, que puede hacer los síntomas mas soportables al principio, pero que segun advierte Louis, no ha logrado ningun buen resultado en una época adelantada de la enfermedad. Se prescribirán los *estractos de opio*, de *estramonio* y *beleño* á la dosis de 3 á 5 centigramos (de medio á un grano), ó mejor todavía se administrarán *lavativas de agua de malvabisco con diez ó doce gotas de láudano líquido de Sydenham*. Tambien se aplicarán *cataplasmas muy laudanizadas* sobre la region epigástrica.

Antieméticos. La frecuencia y la persistencia de los vómitos pueden inducir á prescribir la *pocion de Riverio*, *el agua de Seltz* ó cualquier otro antiemético; pero si este síntoma es debido á una exasperacion de la inflamacion crónica, conviene por lo general escasear estos medios.

Vomitivos. A primera vista parece que los vomitivos deben exasperar considerablemente los síntomas en semejante enfermedad; sin embargo, se ve en muchas observaciones de Louis, que no han producido este resultado; pero por otro lado tampoco se ha conseguido con ellos notable alivio, de suerte que no mediando circunstancias particulares no se deben dar; mas si despues de haberlos administrado no se observa una mejoría visible en los síntomas, se debe renunciar prontamente á ellos.

Purgantes. Ya hemos visto que en la mayor parte de las veces que la gastritis crónica complica á otra afeccion, hay una diarrea que no es mas que un síntoma de esta última. En semejantes circunstancias los purgantes son evidentemente

inútiles; pero puede presentarse el estreñimiento en casos simples, y debe ser combatido por purgantes suaves como en los casos de gastritis aguda, sin temer los efectos desastrosos que se suponian hace algunos años.

Bebidas y régimen. Lo que he dicho respecto á la gastritis aguda se aplica enteramente al tratamiento de la gastritis crónica; por consiguiente seria caer en repeticiones inútiles el volver á hablar de este asunto.

Diversos medios propuestos por los autores. ¿Qué se deberá decir de todos los medios propuestos por la mayor parte de los autores, tales como el *agua de Vicky*, los *ferruginosos*, el *subnitrato de bismuto*, los *baños frios*, las *afusiones*, los *baños de mar*, el *ejercicio*, *etc?* ¿No es manifiesto que al recomendarlos se ha tenido mas bien presente el tratamiento de la *gastralgia* y del *vómito nervioso*, que el de la gastristis crónica? Por esta razon reservamos para uno de los artículos siguientes lo que tenemos que decir respecto á este punto, y terminamos aqui la historia de este tratamiento que requiere ser ilustrada con nuevas observaciones. Serian inútiles un resúmen y las prescripciones.

ARTICULO V.

REBLANDECIMIENTO BLANCO CON ADELGAZAMIENTO DE LA MUCOSA GÁSTRICA.

He manifestado anteriormente las razones que me obligan á dedicar un artículo especial á esta lesion descrita por muchos autores, y sobre la cual se ha llamado muy particularmente la atencion en estos últimos años. Este artículo debe estar mas bien consagrado á una discusion crítica que á una esposicion metódica de la enfermedad. En efecto, ya hemos visto que de cualquiera manera que se considerasen las observaciones, era indispensable llegar á determinar positivamente los síntomas, ó mas bien á distinguir los que pertenecen propiamente al simple reblandecimiento. ¿Deberemos

deducir de esto que la lesion de que nos ocupamos pertenece á la gastritis y en particular á la crónica? Precisamente esta es la cuestion que se trata de resolver.

Ya Hunter en una memoria leida en 1772 á la Sociedad real de Londres habia comprobado en un gran número de cadáveres una alteracion que atribuyó á la digestion del estómago por el jugo gástrico (1). Este autor célebre habia mirado esta cuestion bajo el aspecto anatómico patológico, pues observó la lesion de que se trata en hombres que habian muerto repentinamente ó en animales que se mataron para hacer esperimentos; asi es que mira estas alteraciones del estómago como desarrolladas evidentemente despues de la muerte. Hé aqui por lo demás cómo se espresa relativamente al estado de este órgano en el pasaje que trascribo de la traduccion que de él inserta Carswel en su memoria, que tendré con frecuencia que citar mas adelante.

«Hay pocos cadáveres, dice Hunter, en que no se encuentre mas ó menos digerido el fondo mayor del estómago, cuyos diferentes grados puede seguir fácilmente el que esté acostumbrado á inspeccionar este órgano. Para conocer este estado no hay mas que comparar la superficie interna del fondo mayor del estómago con cualquiera otra parte de la misma superficie. Las partes sanas estan blandas, esponjosas, granulosas, sin vascularidad aparente, opacas y engrosadas, siendo asi que las otras estan lisas, adelgazadas y mas trasparentes. Se ven vasos que se ramifican en ellas, y cuando se hace pasar la sangre que contienen de las ramas mayores á las mas pequeñas, sale por sus estremidades digeridas, y aparece bajo la forma de gotitas en la superficie interna del estómago.»

Tambien describe Hunter las *perforaciones* estensas que resultan de esta digestion de las paredes del estómago cuando ha llegado á su mas alto grado. Segun Carswel, Spallanzani comprobó en los peces la exactitud de las ideas de Hunter. La misma opinion adoptó Allan Burus en una memoria acerca de la digestion del estómago despues de la muerte; pero este autor notó además, como lo advierte Carswel, la perforacion del estómago por el jugo gástrico en los sugetos estenuados por largas enfermedades.

(1) *Œuvres complètes de Hunter*; Paris, 1843, t. IV, p. 189.

Habiendo comprobado Jaeger (1) la existencia de estos hechos, trató de esplicarlos por una accion del sistema nervioso que cambia la secrecion del conducto intestinal y su reaccion sobre las materias que contiene, de lo que resulta la formacion de mayor cantidad de ácido acético, y la disolucion gelatiniforme de la mucosa gástrica.

La esplicacion de Chaussier (2) tiene alguna analogía con la de Jaeger. Sin embargo, no es en su concepto un trastorno nervioso el que da lugar á la produccion superabundante del ácido, sino mas bien una irritacion primitiva y especial de las túnicas del estómago. Las opiniones de Laine (3) y Morin (4) son todas teóricas, puesto que el primero atribuye la lesion á una accion morbosa de erosion, y el segundo á una alteracion de nutricion. En cuanto á Camerer (5), á Felipe Wilson y al doctor Gardner (6), se puede decir que solo han repetido los esperimentos que antes de ellos se habian hecho sobre la accion disolvente del jugo gástrico despues de la muerte.

Bien manifiesto está que los autores precedentes no han atendido en sus esperimentos, mas que á lo que sucede en los cadáveres, y á la disposicion particular que durante la vida favorece esta lesion cadavérica. El doctor Louis (7) ha tenido ocasion de observar una lesion particular en sugetos que durante su vida habian presentado graves síntomas de padecimiento gástrico. Esta memoria, que he citado muchas veces al tratar de la gastritis crónica, llevó la cuestion mas allá de los límites en que hasta entonces se la habia encerrado. Sin embargo, Billard hace notar que Roederer y Wagler habian indicado esta lesion, y con este motivo hacen la siguiente cita: «La túnica vellosa del estómago estaba inflamada hácia la corvadura menor y en el fondo; hácia la corvadura mayor se la veia gra-

(1) *Ueber die Erweichung des Magengrundes* (Hulfeland's Journal, 1811 y 1813).

(2) *Bull. des sc. méd. du dép. de l' Eure*, n.° 53.

(3) *Consid. méd.-lég. sur les èrossions et les perf. spont. de l' estomac*; Tésis, Paris, 1819.

(4) *Quelques cas d' èrosion del estomac.*; Paris, 1806.

(5) *Diss inaug.*; Stuttgard. 1818.

(6) *Trans. med. chir. of Edimburgh*, t I.

(7) *Du ramoll. avec aminc., et de la destr. de la membr. muq. de l' estomac. Arch. gén. de méd.* 1824, y *Mém. ou Recher. anat.-path.*; Paris, 1826.

dualmente mas azulada, con manchas blancas que parecian estar debajo. Estas mismas membranas se hallaban adelgazadas en los puntos indicados.» Bien se hecha de ver que hay mucha diferencia de estas pocas palabras á la descripcion tan exacta que há hecho Louis de los síntomas y de la lesion.

Los casos citados por Louis, como se ha dicho anteriormente, habian hecho considerar bajo un nuevo punto de vista una alteracion que solo habian examinado en el cadáver los autores precedentes, cuando Carswell en una interesante memoria, suscitó dudas acerca de la naturaleza patológica del reblandecimiento de que se trata, haciendo sus esperimentos bien conocidos en animales que mataba en el acto de la digestion.

Antes de entrar en la discusion que sigue era muy importante esponer el estado actual de la ciencia, no porque pretenda hacer una historia completa, sino porque deseaba fijar los principales puntos que conviene examinar. Veamos ahora qué debemos pensar de esta lesion, que ha dado lugar á tan diversas opiniones, y empecemos por presentar una descripcion exacta de ella, á fin de conocer bien lo que va á tratarse. Hé aqui en primer lugar la que nos ha dado Louis (1).

«Las dimensiones del estómago variaban mucho, pues al paso que se hallaba estrechado en muchos sugetos era voluminoso en otros, y rara vez tenia la capacidad que parecia natural.

»Nada habia de notable esteriormente; pero en el interior presentaba en una parte variable de su superficie, un color blanco pálido, ordinariamente azulado, contínuo ó en forma de fajas largas y estrechas ó en placas mas ó menos próximas, é irregularmente redondeadas. A primera vista chocaba este aspecto azulado, y las partes que le presentaban llamaban tambien la atencion por su diferencia de nivel con las partes circundantes, siendo tan perceptible al tacto como á la vista. Pero mientras que en los casos de ulceracion de la membrana mucosa los bordes de las úlceras se hallan cortados limpia y perpendicularmente, no se observaba aqui mas que una depresion muy marcada en el punto de contacto de la porcion de la membrana, que presentaba el aspecto mencionado, con la que le rodeaba.

»En los puntos correspondientes á la lesion, la membrana

(1) *Lug. cit.*, p. 48.

mucosa estaba pálida, era de una densidad y blandura estremadas, y se hallaba trasformada en una especie de moco flemoso, semitrasparente, del espesor de la membrana mucosa del colon y algunas veces menos. De suerte que si no se hubiese puesto la mayor atencion, se hubiera podido creer en muchos casos que la mucosa gástrica estaba completamente destruida y la túnica celulosa del todo al descubierto; es cierto que algunas veces existe esta destruccion en una pequeña estension, y mas rara vez en un espacio considerable. Los vasos quo serpean en la superficie del tejido submucoso estaban muy manifiestos, dilatados y vacíos. Cuando habia mucosidades en el estómago, la trasformacion indicada no se encontraba ni en la parte en que la membrana mucosa habia sido destruida, ni en donde esta se habia esperimentado.

»En vez de presentar la membrana mucosa reblandecida y adelgazada el color blanquecino y azulado de que acabamos de hablar, estaba algunas veces blanca, pálida, opaca y aun agrisada. En algunas ocasiones tambien se hallaba el color blanquecino y azulado mezclado con manchas rojizas ó negruzcas, lo que al parecer indica que no era el color uno de los caracteres esenciales de la lesion.

»Cuando esta lesion se presentaba bajo la forma de fajas largas y estrechas, estaba casi igualmente repartida por toda la superficie del estómago. Cuando por el contrario, no se hallaba dispuesta de este modo sino que formaba una superficie continua, ocupaba la estremidad mayor del ventrículo, rara vez estaba limitada al fondo mayor del estómago, y existia tambien alguna vez al mismo tiempo cerca del píloro y del cardias.

»Fuera de estas dos escepciones, siempre se encontró sano y de una consistencia regular el tejido submucoso; porque si bien le hemos visto en ciertos casos mas denso que de ordinario, no nos ha parecido ser bastante evidente la diferencia para afirmar nada de positivo respecto á este punto. La membrana muscular se hallaba reblandecida en las mismas circunstancias que la submucosa.

»El adelgazamiento con reblandecimiento ligero, el adelgazamiento con reblandecimiento considerable de la membrana mucosa, su destruccion, la de todos los tejidos del estómago en cierta estension, escepto la túnica peritoneal, se encontraban

algunas veces en el mismo sugeto, y presentaban, como hemos hecho notar, el cuadro del curso que sigue la naturaleza en las perforaciones del estómago.

»Además de la lesion que acabamos de describir la membrana mucosa del estómago presentaba todavía en el resto de su estension particularidades que importa dar á conocer. Asi es que la hemos encontrado en cuatro casos de color de rosa bajo, ó mas ó menos vivo, y aun un poco agrisado en otros dos. Algunas veces este color rojo era muy subido en las inmediaciones de la mucosa, que estaba descolorida, reblandecida y adelgazada, y la parte de la membrana en que esto se observaba se hallaba adelgazada y casi tan blanda como la porcion descolorida con que se continuaba. En muchos casos estaba la mucosa desigual, amamelonada y granulosa en su superficie, y algunas veces se agregaban á esta lesion úlceras mas ó menos profundas.»

He creido que debia referir este pasaje todo entero, porque no podiamos encontrar mejor punto de comparacion para examinar la memoria de Carswell. Pero lo que hay de mas notable en la descripcion que precede es el adelgazamiento de la mucosa, su estremado reblandecimiento, su destruccion en algunos parajes, el color blanco azulado que presentaba en los puntos alterados, la forma de bandas que á veces tenia esta lesion, y en fin, el color de rosa ó rojo vivo, el amamelonamiento y las úlceras que se observaban en las partes inmediatas. Veamos ahora lo que ha encontrado Carswell en los animales que hà hecho morir durante el acto de la digestion.

Habiendo dado este autor muerte repentina á algunos conejos, despues de haberlos hecho comer en abundancia, ha visto que la parte mas declive del estómago estaba reblandecida en mayor ó menor profundidad, segun que la accion de los líquidos que contenia era mas ó menos fuerte. Asi es que partiendo de un punto donde se veia una ó mas perforaciones que daban paso á la materia quimosa, se encontraba en las inmediaciones una erosion ó una destruccion de la membrana muscular y de la mucosa, y mas lejos esta era la única que se hallaba reblandecida. Las partes que estaban de este modo alteradas, presentaban el color blanco con el reflejo azulado y la semitrasparencia que hemos indicado en las observaciones recogidas por Louis. Para hacer comprender Carswell la diferencia que existe entre este reblan-

decimiento cadavérico y el patológico, se sirve de la comparacion siguiente. «El primero, dice, podria compararse á la fécula que se hace hervir en el agua, y el segundo á esta misma sustancia cuando solo se halla desleida. Además de lo dicho este esperimentador ha observado que los vasos de las inmediaciones tenian un color pardo negruzco muy marcado, lo que atribuye á la accion del jugo gástrico sobre la sangre. Por último, hace notar que los órganos que rodean el estómago, y con los cuales el líquido que contenia este se halla en contacto despues de la perforacion presentaban un reblandecimiento semejante; pero en ningun caso habia vestigios de peritonitis violenta que pudiesen hacer creer que el líquido habia sido derramado durante la vida. De estos esperimentos concluyó:

1.º »Que el reblandecimiento, la erosion y la perforacion del estómago pueden verificarse y se efectúan despues de la muerte en animales sanos, muertos durante el acto de la digestion.

2.º »Que estas lesiones reconocen por causa el jugo gástrico y la secrecion normal del estómago.

3.º »Que las propiedades de este fluido en el estómago que ha esperimentado una ú otra de estas lesiones, ó todas á la vez, no se diferencia de las que presenta en un estómago sano de un animal vivo durante la digestion de los alimentos.

4.º »Que la acidez en estos dos casos es un carácter fijo y esencial de este líquido, y que la disolucion asi de las paredes del estómago como de los alimentos es una consecuencia necesaria y un efecto puramente químico.

5.º »Que el reblandecimiento, la erosion y la perforacion se producen igualmente en otros órganos, tales como el hígado, el bazo, los intestinos, el diafragma, el peritoneo y las pleuras, que en todos estos casos el jugo gástrico es el agente químico que produce estas lesiones, pues la accion de este fluido sobre estos órganos es determinada por la posicion, la pesantez y la imbibicion.

6.º »Que los efectos que resultan de la accion del jugo gástrico no se manifiestan solo en el animal muerto, sino que se desarrollan de una manera muy pronta y tan completa fuera del animal, sobre los órganos muertos en que se ha introducido este líquido.

7.º »Que todas las lesiones observadas en conejos, sea re-

blandecimiento, erosion ó perforacion, se han producido despues de la muerte.

8.° »Que la accion disolvente de los jugos gástricos es nula en los tejidos vivos.»

He referido estas conclusiones de Carswell para que se vea cuál es el punto de que parte para combatir la opinion de los que consideran el reblandecimiento con adelgazamiento del estómago como una lesion que pudiera efectuarse durante la vida. Sin duda se deducen de sus esperimentos, aunque en la primera parte de su memoria no se vean razones bien convincentes para admitir, como él lo hace, que el jugo gástrico no tiene accion disolvente durante la vida. Pero como esta es una opinion fisiológica generalmente admitida, pasaremos á examinar cómo ha tratado de demostrar Carswell que el reblandecimiento en los casos analizados mas arriba, era una lesion puramente cadavérica.

Este autor se funda desde luego en la identidad de las lesiones; pero no podemos menos de advertir que en cierto número de casos no la hubo. Asi pues, no se encuentra en los animales sometidos á los esperimentos el color de rosa ó rojo vivo, y sobre todo el amamelonamiento de la mucosa, cuando son precisamente estas lesiones á las que sigue el reblandecimiento, las que habian llamado principalmente la atencion de Louis, y le habian hecho mirar esta alteracion como una consecuencia de la inflamacion. Es verdad que Carswell quiere asemejar estas coloraciones particulares á las que él ha observado, y que provienen de la accion del jugo gástrico sobre el líquido contenido en los vasos; pero evidentemente esta comparacion es defectuosa, porque como lo hace notar Louis, los vasos inmediatos á la lesion estaban dilatados y vacíos. Por consiguiente, hay una diferencia entre los hechos observados en los hombres que han sucumbido despues de una enfermedad mas ó menos larga, y lo que se ha notado en los animales sacrificados en los esperimentos.

En cuanto á la forma en fajas en que se presentaba el reblandecimiento en ciertos casos, Carswell la esplica por una retraccion del estómago que produce pliegues muy marcados, á los que no puede atacar el ácido mas que en su parte mas saliente. Esta esplicacion parece en efecto bastante satisfactoria; pero con todo

convendria mucho examinar de nuevo los hechos bajo este punto de vista.

Hasta el presente vemos que hay en favor de cada una de estas opiniones contradictorias razones cuyo valor es muy difícil apreciar rigurosamente; pero quedan los síntomas que se han observado durante la vida, lo cual es un punto muy interesante. Conociendo Carswell cuán poderosa era esta objecion, se ha dedicado particularmente á combatirla. Hé aqui como se espresa sobre esta materia (1): «Pero ¿qué se deberá decir del desórden funcional del estómago que muchas veces precede á las lesiones orgánicas de que se trata, y que se encuentran en este órgano despues de la muerte? Ciertamente no podemos ver en él sino fenómenos que revelan un estado de padecimiento del órgano digestivo; pero como nuestros esperimentos nos induzcan á desechar toda esplicacion de los fenómenos fundados en estas lesiones, no podemos considerarlos sino como productos de un estado patológico del estómago poco grave de por sí, sintomático de desórdenes mas profundos de otros órganos, de otros sistemas ó de toda la economía. Es digno de notar que la frecuencia ó gravedad de las lesiones de que hablamos coinciden con alteraciones notables de la nutricion, que por la relacion íntima que existe entre esta funcion y las del estómago deben producir en estas las modificaciones correspondientes. Asi sucede que estas lesiones son mas frecuentes y mas estensas en los niños, y despues de ellos en las preñadas. En los primeros, el desarrollo ó la nutricion progresiva de los órganos exige una digestion activa y casi contínua. En las segundas, esta misma funcion debe suplir á una doble nutricion, á saber: á la de la madre y á la del niño. Quizás existan las mismas relaciones funcionales en los tísicos y escrofulosos, en los que no son raras estas lesiones. Pero cualquiera que sea la importancia que se dé á esta esplicacion de la frecuencia y de la gravedad de semejantes lesiones en los individuos de que acabamos de hablar, podemos establecer como principio, que en última análisis únicamente pueden depender de una disposicion del estómago que favorece la secrecion del jugo gástrico.»

No me parece que pueda satisfacer del todo semejante espli-

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*; Paris, 1830, t. VII, p. 538.

cacion, porque precisamente lo que Carswell sienta como principio, esto es, que la lesion de que se trata no es mas que un efecto cadavérico, y no puede por consiguiente dar lugar á ningun síntoma durante la vida, era lo que convenia demostrar por otros hechos diferentes que los esperimentos ejecutados en animales en estado de salud. Si se pudiese, produciendo artificialmente en los animales una inflamacion del estómago, probar que por mucho que dure una enfermedad nunca se termina por el reblandecimiento blanco, á no ser que el líquido gástrico se haya dejado en contacto con el órgano despues de la muerte, se llegaria á una conclusion mas sólida, pero todavía no se ha emprendido esta prueba. En cuando á ese estado de sufrimiento mal definido al que Carswell atribuye todos los síntomas gástricos observados durante una larga enfermedad, se ve que es una idea puramente hipotética que el autor se ha visto obligado á emitir para esplicar los hechos.

Hay tambien otras consideraciones que impiden adoptar del todo la opinion de Carswell á lo menos para cierto número de casos. La primera es que de los esperimentos ejecutados en animales no hay razon para deducir de ellos rigurosamente lo que pasa en el hombre. La segunda es que en algunos casos ha sido nula la accion del jugo gástrico, aunque haya sobrevenido la muerte durante la digestion; lo que comparado con la constancia con que la lesion descrita por Carswell se ha producido en los animales, parece probar que exige en el hombre circunstancias particulares.

¿Qué se deberá deducir de lo que precede? He espuesto sin disimular las numerosas dificultades que se oponen á la solucion de esta cuestion delicada. Si me fuese permitido emitir mi opinion, diria, que resulta de los esperimentos de Carswell, que en el exámen cadavérico del estómago la accion del jugo gástrico despues de la muerte viene con frecuencia á constituir una complicacion que es dificil apreciar; que sin embargo, en cierto número de casos existen signos de inflamacion que no se pueden desconocer, y que en fin es posible que esta inflamacion favorezca el reblandecimiento cadavérico en las partes á que ha atacado, no solo modificando la composicion del jugo gástrico, sino tambien haciendo este órgano mas sensible á la accion de este fluido. No se me oculta lo que esta esplicacion deja todavía que

desear: pero la semejanza que existe respecto á los síntomas entre los casos evidentes de inflamacion y los de simple reblandecimiento, hace que sea la única admisible hasta que vengan nuevas observaciones á ilustrarnos definitivamente (1).

Bien se podria hacer la descripcion sintomática del reblandecimiento blanco con adelgazamiento de la mucosa gástrica; pero como esta descripcion en nada se diferencia de la que he hecho de la gastritis crónica, seria inútil reproducirla aqui, ó por mejor decir, creo que resulta de la discusion precedente, que se debe confundir en cuanto á los síntomas este reblandecimiento con la gastritis crónica, de la que es ordinariamente una consecuencia, ya patológica, ya cadavérica. Pero lo que lo prueba patentemente es que á escepcion de algunos casos en que es latente la afeccion que nos ocupa, lo mismo se encuentra el reblandecimiento blanco que el reblandecimiento rojo y francamente inflamatorio en las enfermedades que ocasionan la muerte y que no dan lugar á los síntomas de que se trata.

Ahora es fácil concebir cuáles son las razones que me han hecho entrar en esta discusion. Efectivamente, no es indiferente para el práctico el considerar este reblandecimiento como un efecto puramente cadavérico, y separar de él enteramente los síntomas para referirlos á un estado de padecimiento del estómago, ó bien mirar á estos como la espresion de una lesion profunda del órgano. En el primer caso, se veria el práctico inclinado ya á dejarse de todo tratamiento local, ya á emplear medios bien diferentes de los que se usarian adoptando la segunda opinion.

Habiendo admitido que el reblandecimiento con adelgazamiento del estómago se produce en las mismas circunstancias que la gastritis crónica, seria inútil hablar de su tratamiento, porque es el mismo que el de esta última enfermedad. Pero desgraciadamente la lesion es las mas veces demasiado profunda para que se puedan esperar buenos efectos de una medicacion cualquiera que sea. No obstante, es preciso no olvidar las observaciones de curacion que Louis ha referido.

(1) Véase sobre esta materia lo que he dicho en el artículo *Gastritis crónica simple.*

ARTICULO VI.

REBLANDECIMIENTO GELATINIFORME DEL ESTÓMAGO.

Hé aqui una alteracion cuya importancia es tambien dificil de apreciar. Verdad es que encontraremos en los autores la descripcion de sus caracteres y síntomas; pero nos veremos bien pronto detenidos en muchos puntos, y principalmente al determinar la naturaleza de la enfermedad.

Cruveilhier (1) es el primero que ha descrito este reblandecimiento, que segun dice ha observado bajo la *forma epidémica* en las provincias y despues en Paris. Pero este autor no solo estudió la lesion y los síntomas que produce, sino que tambien ha investigado sus causas y espuesto su tratamiento.

Billard (2) ha citado tambien algunas observaciones en las que se ha manifestado el reblandecimiento en el mas alto grado, y ha trazado de él una breve descripcion general que no se diferencia mucho de la de Cruveilhier; pero no hay muchos autores que se hayan ocupado particularmente de esta especie de reblandecimiento (3). Por lo que á mí hace, debo decir que en el espacio de tres años que he pasado en el hospicio de Niños espositos, no he encontrado ni un solo ejemplo de esta lesion bien determinada, y por otra parte nunca la ha visto Louis en el adulto, aunque haya examinado el estómago en tantas enfermedades diversas; lo que prueba que si esta afeccion no es rara, á lo menos no se manifiesta indiferentemente en todas las circunstancias. Por lo demás, mas adelante me volveré á ocupar de estas cuestiones.

Causas. Cruveilhier nos dice que la enfermedad se manifestó

(1) *Méd. éclairée par l'anat. pathol.* Paris, 1821, y *Anat. pathol.*, 10e liv.

(2) *Traité des maladies des enfans; Maladies de l' app. digest.; Ramoll. Gélatiniforme.*

(3) No ignoro sin embargo que se han publicado en Alemania muchos trabajos sobre esta materia, entre los cuales conocemos particularmente la memoria del Dr. Iselin de Mullheim, traducida en los *Archiv. de méd.* (3.e série, 1840, t. VIII, p. 204); pero habiéndose confundido muchos estados diversos en estos trabajos, habria mas inconvenientes que ventajas en servirse de ellos.

primero bajo la *forma epidémica* y reinó durante los *mayores calores del estío*. Este autor no mira como demostradas ni la influencia de la erupcion de los dientes, ni la de la existencia de *lombrices en el conducto digestivo*; pero da grande importancia á ciertas *afecciones febriles*, y sobre todo á las *cutáneas*, tales como la *escarlatina* y las *viruelas*.

Tales son las principales circunstancias en que segun este autor se produce el reblandecimiento gelatiniforme. En cuanto á las causas que favorecen su aparicion son todas las que irritan violentamente el estómago, y en particular los amargos y los *purgantes enérgicos*. Ningun otro autor ha añadido nada á esta etiologia del reblandecimiento gelatiniforme.

Es muy dificil discutir el valor de estas diversas causas, porque todavía no sabemos cuál sea el de las mismas lesiones. Unicamente haré aqui una reflexion, y es que en las observaciones que conocemos, este reblandecimiento se ha manifestado constantemente como una lesion secundaria. En los sugetos observados por Billard, los síntomas gástricos aparecian durante el curso del *muguet*. Tambien ha hallado Cruveilhier, como se ha dicho, esta enfermedad durante el curso de otras afecciones, y no he visto un reblandecimiento que se asemejase algo al que se trata sino en un caso de muguet intenso. Por consiguiente, bajo este aspecto no se diferencia sensiblemente el reblandecimiento gelatiniforme del que acabamos de describir en el artículo precedente.

Síntomas. Billard y Cruveilhier son los autores que han descrito con mas cuidado los síntomas de esta afeccion, y de ellos es por lo tanto de quienes tomo la siguiente descripcion.

Segun Cruveilhier hay un *período primero* durante el cual se desarrollan los fenómenos cuyo cuadro es el siguiente: la digestion se altera, el niño es acometido de una diarrea que se aumenta rápidamente, se desmejora notablemente, se hace descontentadizo, caprichoso y se entristece, quiere estar siempre al pecho si todavía mama, ó en el caso contrario repugna los alimentos que mas le agradaban; en fin, la sed es intensa, lo que se conoce en la avidez con que toma el vaso que se le presenta. Este primer período puede durar desde ocho dias hasta dos meses, y segun el autor que cito, la diarrea y los síntomas que la acompañan se asemejan tanto á otras

enfermedades poco peligrosas, que es preciso estar prevenido para no equivocarse.

El *período segundo* es el único que ha llamado la atencion de Billard, quien le describe de esta manera. La enfermedad empieza ordinariamente por los síntomas de una gastritis violenta; tales son la *tension del epigastrio*, cuya region está dolorida al tocarla, y vómitos no solo de leche y de bebidas, sino tambien de materias amarillas ó verdes; vómitos que se repiten á cada momento, ya inmediatamente, ya mucho tiempo despues que el niño ha bebido ó comido.

Respecto á estos síntomas ha hecho notar Cruveilhier que la afeccion del estómago puede empezar tambien por *náuseas* precedidas de *vómitos contínuos*, y que hay además una tos *con regurgitacion* como en la coqueluche.

Algunas veces, añade Billard, hay una diarrea que varía segun los sugetos, y se reproduce despues de haber cesado uno ó dos dias. Las materias de la diarrea son con mucha frecuencia verdes como las del vómito.

Cruveilhier insiste en este color verde de las deyecciones alvinas. Las *cámaras*, dice, son verdes y semejantes á la *yerba picada;* además, añade, exhalan un *olor pútrido*. Pero continuemos la descripcion dada por Billard.

La *piel*, dice este autor, está fria en las estremidades; el *pulso*, ordinariamente irregular, presenta pocos caracteres constantes; la *fisonomía* espresa naturalmente el dolor, la cara está arrugada como si gritase el niño; sus gritos son trabajosos, la *respiracion* entrecortada, y es tal la *agitacion* general, que induce á creer que hay una afeccion cerebral.

A estos primeros síntomas se sigue un estado general de *postracion* y de *insensibilidad*, del que sacan al niño algunos retoques de dolor, volviendo entonces la agitacion que se habia manifestado al principio de la enfermedad. En fin, pasados seis, ocho ó quince dias, y algunas veces al cabo de un tiempo mas largo todavía, el enfermo sucumbe aniquilado por el *insomnio*, los vómitos contínuos y el dolor. En los niños muy pequeños apenas se manifiesta un poco de calentura en medio de este desórden. Cuando la enfermedad es crónica, el curso de los accidentes es mas lento.

Cruveilhier ha insistido mucho sobre la mayor parte de

estos síntomas, y especialmente en la gran agitacion de los enfermos; menciona además el *rechinamiento de dientes*, el estado de los *ojos* que estan medio cerrados y vueltos hácia arriba, y algunas veces muy abiertos ó inmóviles; la espresion de la *cara* que es *cadavérica*, y un *enflaquecimiento* que llega al mas alto grado en el espacio de veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

Tales son los síntomas espuestos por estos autores, que los han descrito metódicamente. Si ahora los examinamos bajo el punto de vista crítico, veremos que no está perfectamente demostrado que se deban referir todos á la lesion del estómago. Tomemos en particular las observaciones de Billard. ¿No hay cierto número de estos fenómenos que parecen pertenecer mas bien á la enfermedad principal, es decir, al *muguet*, que á una lesion del *estómago*, que como hemos visto mas arriba, produce casi únicamente síntomas locales? En efecto, si se recuerda la descripcion que he dado del muguet (véase tomo III, pág. 205 y siguientes), se verá que la agitacion que sobreviene en medio de una calma mas ó menos profunda, la sed y el colapso en que caen los enfermos, la demacracion y la diarrea verde, son síntomas de esta enfermedad: nueva razon para creer que el reblandecimento gelatiniforme del estómago no es en la mayor parte de los casos sino una lesion secundaria debida á una enfermedad febril antecedente. Esto es lo que nos esplica el modo de ver contradictorio de muchos autores; porque unos no han tenido en consideracion sino los síntomas de la enfermedad principal, y otros han fijado su atencion esclusivamente en los locales. Tampoco está demostrado que los vómitos tan notables observados en los casos recogidos por Cruveilhier y por Billard, hayan sido únicamente producidos por la lesion del estómago. En efecto, hemos visto en el artículo que acabo de citar, que se manifiestan con los mismos caracteres en el muguet; sin embargo, es preciso convenir que el estado de las paredes gástricas ha debido favorecer su aparicion, y sin duda aumentar su frecuencia.

Curso, duracion y terminacion. Ya hemos dicho que Billard admitia un reblandecimiento gelatiniforme del estómago de *curso agudo*, y otro de *curso lento;* pero ¿no ha tenido el au-

tor tambien aqui presente el curso de la enfermedad principal? En la gastritis secundaria cuya descripcion he dado ya, se pudiera caer en la misma confusion si no se hubiesen estudiado los hechos con mucho cuidado. La misma reflexion se aplica á los síntomas precursores ó prodromos admitidos por Cruveilhier.

En cuanto á la *duracion* de la afeccion gástrica, se acaba de ver que Billard la limita entre ocho y quince dias en los mas de los casos.

Esta enfermedad ha tenido en los hechos de que tenemos noticia casi siempre, si no siempre, una *terminacion* fatal, y este es tambien un motivo para pensar que no era otra cosa que una afeccion secundaria que venia á añadir una nueva causa de muerte á las que ya existian.

Lesiones anatómicas. El pasaje siguiente, sacado de una observacion de Billard, nos dará á conocer cuáles son las lesiones que se han descrito bajo el nombre de *reblandecimiento gelatiniforme:* «El estómago tiene un color blanco amarillento en toda su estension, pero al nivel de la corvadura mayor la membrana mucosa está muy tumefacta, blanquecina y tan blanda, que se rompe en cuanto se la toca, y se deshace entre los dedos bajo la forma de una pulpa blanda y húmeda. Comprimiendo esta membrana entre los dedos se hace salir de ella un líquido seroso, que recibido en un vidrio de reloj se congela al cabo de media hora, y presenta entonces el mismo aspecto y la misma consistencia gelatiniforme que tenia el estómago. Las demás túnicas que se hallan como maceradas en este líquido, se rompen con la mayor facilidad en cuanto se hace sobre ellas la menor traccion.»

En la observacion siguiente completa Billard esta descripcion en estos términos: «Cuando se quita el detritus de la membrana mucosa, la túnica musculosa cuyas fibras han quedado intactas, forma con la túnica serosa el fondo de la desorganizacion. La circunferencia del reblandecimiento está rodeada de un rodete ó engrosamiento muy rubicundo de la membrana mucosa, que en este paraje no se halla todavía reblandecida, y que cuando se la corta parece como infiltrada de una serosidad sanguinolenta. El resto de la superficie del estómago presenta algunas estrías irregulares de color rojo mas ó menos vivo, y en ciertos puntos una inyeccion capiliforme muy intensa.»

Lo que hay de notable en esta descripcion es el engrosamiento considerable de la mucosa y del tejido submucoso, la infiltracion serosa ó seroso sanguinolenta que se halla en estas partes, y en fin, en último resultado esta rubicundez viva que parece indicar la existencia de una inflamacion. Hay pues como se ve una gran diferencia entre esta lesion y la que se ha descrito mas arriba con el nombre de *reblandecimiento con adelgazamiento*. La que ahora nos ocupa no puede atribuirse á una lesion puramente cadavérica, aunque Carswel ha creido lo contrario. En efecto, no se concibe que una simple digestion del estómago por el jugo gástrico pueda producir una tumefaccion de las partes y una infiltracion serosa ó seroso sanguinolenta.

Diagnóstico. Bien se conoce cuán difícil es, con los datos que tenemos, poder formar un diagnóstico exacto de esta afeccion. Es verdad que la tension, el dolor en el epigastrio y los vómitos contínuos dan á conocer que existe una lesion del estómago; pero ¿pueden acaso ilustrarnos sobre su naturaleza? No lo creo asi, porque si se recuerda bien lo que sucede en los casos de muguet, en el que existe un reblandecimiento con rubicundez, inflamacion y engrosamiento de la mucosa, se ve que los síntomas son absolutamente los mismos. Por otra parte, para precisar bien el valor de los síntomas debidos á la afeccion gástrica, seria preciso distinguirlos con cuidado de los que pertenecen á las enfermedades en que aquella se produce, lo que no se ha hecho todavía. Por consiguiente seria prematuro querer trazar un diagnóstico diferencial del reblandecimiento gelatiniforme antes que nuevas observaciones vengan á dilucidar este punto oscuro de la patologia.

Pronóstico. Lo que he dicho mas arriba al hablar de la terminacion fatal, tan frecuente en los casos en que ha habido reblandecimiento gelatiniforme, y de la mucha gravedad de las enfermedades durante cuyo curso se le ve aparecer, prueba que el estado de los sugetos á quienes habia atacado era casi desesperado.

Tratamiento. Billard se contenta con decir que el tratamiento de esta enfermedad está en el de la gastritis en general, el cual debe ser mas pronto y mas enérgico que nunca, porque la enfermedad que está destinado á combatir progresa con una

rápidez tan espantosa, que es menester apresurarse á atacarla en cuanto aparezca el primer síntoma que la pueda dar á conocer.

Cruveilhier por el contrario, se ha ocupado del tratamiento propio de la enfermedad de que hablamos, y le divide en *curativo y profiláctico*, y hé aqui, segun él, como debe dirigirse:

Tratamiento curativo. Disminucion de las bebidas. En primer lugar Cruveilhier recomienda *no satisfacer la avidez con que el niño desea beber*. En efecto, dice que ha observado que los síntomas se agravaban siempre que no se tomaba esta precaucion.

Dieta láctea. Tambien encarga que no se dé á los enfermos mas que un poco de *leche*, y sobre todo siempre que sea posible la de una buena nodriza. Pero si hace mucho tiempo que se desteló al niño, si muerde el pezon ó si por cualquiera otra razon no es posible usar la lactancia natural, se la debe suplir con la *lactancia artificial;* pero teniendo cuidado de no dar al niño mas que leche recien ordeñada y que aun conserve su calor natural, sobre lo que insiste muy particularmente. Despues de la leche de *muger* la que mas conviene, dice, es la de *burra*, y despues de estas las de *vaca* ó de *cabra*, á las que es menester añadir azucar.

Baños calientes, emolientes ó tónicos. Cruveilhier recomienda á continuacion los *baños calientes*, cuya temperatura debe ser tan elevada como el niño la pueda soportar, á fin de promover la traspiracion. Estos baños, compuestos primeramente con cocimientos *de plantas mucilaginosas*, se hacen mas adelante tónicos por la infusion de algunas *yerbas aromáticas*, *quina*, *tanaceto* ó *ajenjos*.

Opio. Sigue despues esta sustancia sobre cuya administracion insiste mucho, y la prescribe de la manera siguiente:

℞	Estracto gomoso de opio...	5 centígram.	(1 g̃)
	Jarabe de goma...........	60 gram.	(℥ij)

Mézclese exactamente.

℞	De esta mezcla...........	15 gram.	(℥ß)

Dilúyase en:

Agua comun..............	90 gram.	(℥iij)

Se toma á cucharadas de café cada dos horas.

En los casos en que se vomitase pronto este medicamento,

seria menester darle á la dosis de un solo centígramo (1/5 de grano) en una lavativa de semilla de lino ó de gelatina.

Emisiones sanguíneas, sinapismos y vejigatorios. Aun cuando no se haya observado ningun efecto sensible producido por las *emisiones sanguíneas*, *sinapismos* y *vejigatorios*, Cruveilhier cree que estos medios pueden ayudar á la dieta láctea, á los baños y al opio. Unicamente haré notar respecto de los sinapismos y de los vejigatorios, que las enfermedades en que se produce el reblandecimiento gelatiniforme son afecciones febriles, y que puesto que no hay prueba de la eficacia de estos medios, no seria prudente usarlos sobre todo en niños muy irritables.

Tratamiento profiláctico. Para preservar á los niños de la afeccion de que se trata, Cruveilhier aconseja no *destetarlos antes de la edad de un año.* Sin embargo, cuando son muy robustos se puede hacer dos ó tres meses antes, pero es necesario ser mucho mas severo sobre la eleccion de los alimentos. Por consiguiente será menester limitarse á darles *caldos grasos* mezclados con partes iguales de *leche.* Tambien es preciso no destetar al niño de pronto, sino irle acostumbrando á que haga comidas ligeras á horas fijas, y *no darle frutas de otoño.* Tambien hay que evitar el *abuso de los purgantes y de los vermífugos*, y oponerse prontamente á la diarrea en cuanto se manifieste.

No he creido hacer cosa mejor que dar esta esposicion sucinta del tratamiento de una enfermedad todavía mal apreciada en su naturaleza y en las circunstancias de su desarrollo. Si se ha de juzgar por las observaciones de que tenemos noticia, hubiera podido incluirla entre las alteraciones secundarias, y no ocuparme de ella de un modo especial; pero como no se halla enteramente decida la cuestion, y como el práctico podria encontrarse perplejo con algunos casos en que le seria útil conocer lo que se ha escrito sobre esta materia oscura, he creido que era mejor esponer sencillamente el estado de la ciencia, indicando al mismo tiempo las dudas que naturalmente ocurren sobre muchos puntos.

En vista de las razones manifestadas creo que seria inútil tratar de hacer prescripciones; por lo cual me limitaré á presentar el resúmen del tratamiento.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Tratamiento curativo.* No ceder al ansia de beber que tienen los niños, dieta láctea, baños calientes, primero emolientes, despues tónicos, opio, emisiones sanguíneas, sinapismos, vejigatorios (medios de un efecto cuando menos dudoso).

2.° *Tratamiento profiláctico.* No destetar los niños demasiado pronto, ni tampoco repentinamente, no darles frutas de otoño, evitar el abuso de los purgantes y de los vermífugos.

ARTICULO VII.

GASTRITIS ULCEROSA (1).

En el artículo *Gastrorragia* he indicado algunos casos de úlceras en los que habia sido evidente que la enfermedad no era de naturaleza cancerosa; pero siendo estos casos raros no se habia llamado especialmente la atencion de los médicos sobre la *úlcera simple del estómago* antes de las publicaciones de Cruveilhier (2) y de Rokitanski (3). Habiendo tenido estos dos médicos ocasion de examinar un gran número de hechos, los han espuesto en dos memorias que nos servirán principalmente en este artículo.

(1) A fin de que se conozca el valor que doy á esta espresion, debo decir que de ningun modo pretendo sostener que la úlcera simple del estómago es consecuencia de una inflamacion comun. Para facilitar la clasificacion he admitido una especie particular de gastritis caracterizada por la formacion de una úlcera, como he hecho ya para la *laringitis* y la *faringitis*; pero en mi concepto estas espresiones no prejuzgan nada acerca de la naturaleza íntima de la enfermedad. Hay úlceras como lesion característica; sin embargo estas úlceras no pueden formarse sin inflamacion; pero ¿tiene esta inflamacion algo de especial? Esto es lo que no se puede resolver sino en el curso de los artículos dedicados á cada una de las afecciones de que se trata.

(2) *Mémoire sur l'ulcere simple chron. de l'est.* (*Revue méd.*, febrero y marzo de 1838).

(3) *Œster. medic. Jarhb.*, 1839, t. XVIII, trad. en el *Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, 1840, t. VIII, p. 195.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Doy el nombre de *gastritis ulcerosa* á una afeccion caracterizada por la existencia en el estómago de una úlcera que no presenta ninguno de los caracteres del cáncer. Mas adelante examinaré si todos los casos referidos por los autores, y en particular por los dos que acabo de citar, se encuentran realmente en estas condiciones.

Esta enfermedad es mas generalmente conocida con el nombre de *úlcera simple*, *úlcera crónica del estómago* (Cruveilhier), y *úlcera perforante del estómago* (Rokitanski).

Este último autor nos dice que ha podido observar un centenar de casos de esta afeccion. Sin embargo, no se deberá deducir de esto que semejante enfermedad es *frecuente*. En efecto, sabemos que Rokitanski abre todos los cadáveres de los enfermos que mueren en un gran hospital, y que por consiguiente se han debido recoger las observaciones de que se trata entre un gran número de casos; además es preciso notar que en muchas de sus observaciones no se puede dejar de creer que existia una úlcera cancerosa. Por lo demás este es un punto que no han tratado de aclarar los autores. En suma la gastritis ulcerosa simple es una enfermedad rara.

§. II.

CAUSAS.

Apenas sabemos acerca de las causas de la enfermedad mas que lo que nos dice Rokitanski sobre las *predisposiciones*. En efecto, este autor ha encontrado en setenta y nueve casos, treinta individuos de mas de cincuenta años de *edad*, veintiuno de menos de treinta; los demás eran de *edades* intermedias, y solo cuatro tenian de diez y seis á diez y nueve años.

En cuanto al *sexo* hallamos en los datos estadísticos presentados por este autor que en las setenta y nueve observaciones cuarenta y seis recaian en mugeres y treinta y tres en hombres. Si se pudiese admitir que en todos estos hechos la úlcera era

perfectamente simple, dicha proporcion seria bien notable puesto que de ella resultaria que una enfermedad que se ha llegado á atribuir á las irritaciones repetidas de la membrana mucosa del estómago, se presenta con mas frecuencia precisamente en el sexo menos espuesto á esta causa.

El profesor Rokitanski ha visto que la enfermedad está acompañada de *flujos hemorroidales irregulares*, de una *menstruacion anormal* y de *gota;* pero jamás ha observado la menor relacion entre estas enfermedades.

Las *causas escitantes* serian, segun este autor, y como he indicado ya, las *irritaciones repetidas* de la *membrana mucosa* que ocasionan al fin una hipertrofia, un aumento de secrecion en esta membrana, y concluyen por la formacion de la úlcera. La reflexion que he hecho mas arriba no me permite adoptar esta opinion que requiere estar fundada en una análisis exacta de los hechos. En un caso observado por Louis (1), los primeros síntomas de la afeccion databan desde una época en que el sugeto habia tomado 1,25 *gramos* (1 escrúpulo) de *tártaro estibiado* con el objeto de darse la muerte.

Tambien opina el mismo Rokitanski que las *calenturas intermitentes*, cuando van acompañadas de intensos dolores de estómago, tienen grande influencia en la produccion de esta enfermedad.

En cuanto á Cruveilhier, se limita á decir que la historia de las causas de la úlcera simple del estómago está envuelta en una oscuridad profunda, ó mas bien que esta enfermedad reconoce todas las *causas de la gastritis;* por consiguiente se ve que está lejos de hallarse resuelto este punto de patologia.

Por desgracia los dos autores que cito se han olvidado de decirnos cuál era el estado anterior de salud de los sugetos afectados de esta enfermedad, asi es que esta omision nos impide saber en qué proporcion era primitiva ó secundaria. Este olvido es tanto mas sensible para nosotros, cuanto que no nos deberíamos ocupar casi esclusivamente aqui sino de la primera, lo que es imposible. En dos observaciones notables recogidas por Louis, habia en los pulmones tubérculos en un grado poco adelantado.

(1) *Obs. inéd.*

§. III.

SINTOMAS.

Segun Cruveilhier, no es raro encontrar la úlcera simple del estómago en el cadáver de personas que no habian presentado durante su vida ningun síntoma en esta víscera. La enfermedad era completamente *latente*. Esta proposicion no puede menos de parecer demasiado absoluta, porque en primer lugar las investigaciones anatómico patológicas han probado que en todas las circunstancias la úlcera simple del estómago es una enfermedad rara, y en segundo lugar porque no parece que se han emprendido las suficientes investigaciones para cerciorarse de si en realidad no habia habido algun síntoma, pues las mas veces no se han hecho mas que observaciones muy incompletas.

En los casos en que la enfermedad se presenta con los signos que le son propios, hé aquí lo que se observa segun el autor que acabo de citar; «*pérdida completa ó perversion del apetito*, *tristeza* pertinaz, *digestion laboriosa*, *malestar ó dolor sordo en* el epigástrio, y algunas veces *dolor epigástrico* sumamente vivo durante la digestion y aun sin haber ningun alimento en el estómago.

»El dolor epigástrico ó mas bien xifoideo ó subesternal, suele estenderse algunas veces, añade Cruveilhier, al punto correspondiente de la columna vertebral, y he visto algunos enfermos que se quejaban mas del punto raquidiano que del epigastrio. *El enflaquecimiento* mas ó menos rápido, el *estreñimiento*, las *náuseas*, los *vómitos* despues de la ingestion de los alimentos, en fin, la *hematemesis* ó el *vómito negro*, hé aquí el conjunto de síntomas que presentan los individuos atacados de úlceras simples del estómago; y es fácil echar de ver que ninguno de estos síntomas puede considerarse como signo patognomónico, pues entre estos síntomas unos son comunes á la úlcera simple y á la gastritis crónica, y otros á la úlcera simple y al cáncer.»

Bien se advierte que Cruveilhier al apreciar estos síntomas no ha hecho mencion de las relaciones de la enfermedad con la *gastralgia*, y sin embargo, esta es la afeccion que tiene mas

puntos de contacto con la que acabamos de describir, punto interesante sobre el cual volveré á tratar al hablar del *diagnóstico*.

En cuanto á Rokitanski, insiste en la *existencia de los copos pardo negruzcos* que se hallan mezclados con la materia de los vómitos, en la *falta de toda caquexia cancerosa*, y en el modo con que se termina la enfermedad. Segun él rara vez acaba por una debilidad general, y en semejante caso sobreviene algunas veces una disenteria que apresura la muerte. Con mas frecuencia todavía hay una *perforacion del estómago*, y entonces sus efectos varían segun que la perforacion establece una comunicacion entre la cavidad de la víscera y la del peritoneo, ó que es detenida por un órgano inmediato. En el primer caso sobreviene una peritonitis sobreaguda, afeccion cuya descripcion daré mas adelante, y en el segundo se observan *cardialgias penosas* que algunas veces se prolongan dias enteros, desmayos y vómitos de grandes cantidades de sangre. Ya hemos visto mas arriba que estos vómitos anuncian tambien la perforacion de un vaso; y á los hechos que he citado de esta especie es preciso agregar los que han recogido Cruveilhier y Rokitanski.

Es fácil ver que estos síntomas no han sido presentados sino de un modo vago, y que con mucha frecuencia los autores no han tenido mas que simples indicios sin haber podido observar la enfermedad; pero bien se conoce lo conveniente que seria tener observaciones rigurosamente recogidas con todos sus pormenores, y que permitiesen investigar si la úlcera simple presenta algunos caracteres que la sean propios, y aun se puede pensar que si las circunstancias favoreciesen á los observadores, se llegaria á este resultado tan deseado. Con este fin será útil añadir algunas palabras sobre un caso de úlcera simple del estómago observado por Louis, y en el que se notaron los síntomas.

Se trata de una muger de veinticinco años que despues de haber intentado suicidarse tomando 1,25 gramos (un escrúpulo) de tártaro estibiado, tuvo por espacio de mas de un año dolores epigástricos, náuseas, vómitos, y sobre todo una pérdida de apetito tal que en los dias en que mas comia no tomaba mas que una sopa ó un huevo. Por intervalos se agregaban á estos síntomas trastornos nerviosos y de naturaleza histérica,

tales como espasmos generales, con pérdida de conocimiento durante muchas horas. Tambien se notó disnea y tos. En la autopsia se encontraron muchas úlceras pequeñas de la mucosa del estómago, y entre el píloro y el cardias, en la corvadura menor, una úlcera de 25 milímetros (12 1/2 líneas) de diámetro, profunda y sin endurecimiento de los bordes, La membrana muscular estaba casi enteramente destruida. Algunos tubérculos crudos en el vértice del pulmon derecho esplicaron los síntomas pectorales. Se ve pues que lo que en este caso hubo de mas notable fue la pérdida del apetido que duró tan largo tiempo.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Ya hemos visto que Rokitanski distinguia en la afeccion de que se trata un *curso rápido* y un *curso lento;* sin embargo, debemos advertir que segun los hechos que cita Cruveilhier, el último es el que con mas frecuencia se presenta á la observacion. Pero lo que es sobre todo notable durante el curso de la enfermedad, son los períodos de suspension mas ó menos largos, en los cuales el enfermo se encuentra mucho mejor y hasta se puede creer curado. Es de pensar que en cierto número de casos esta suspension es debida á la cicatrizacion de la úlcera existente. En efecto, los dos autores citados mas arriba han referido observaciones en que al lado de las úlceras que habian causado la muerte se hallaban cicatrices bien formadas.

En cuanto á la *duracion* de la enfermedad se comprende, por lo que acabamos de decir, que debe variar mucho; asi pues nada podemos asegurar de positivo, sino que puede prolongarse por espacio de uno ó muchos años.

La *terminacion* es ordinariamente fatal; sin embargo, como he manifestado, no es dudosa la posibilidad de la cicatrizacion. A los hechos reunidos por Cruveilhier y Rokitanski, es preciso añadir algunos otros observados por Louis, especialmente el que acabo de citar y el que se halla referido en la observacion XIX de su memoria, acerca del reblandecimiento con adelgazamiento, que ya he tenido ocasion de mencionar. Los demás autores que se han ocupado de anatomía patológica han dado á conocer tambien algunos ejemplos.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Como la anatomía patológica es la que principalmente ha llamado la atencion de los observadores, encontramos sobre este punto pormenores mas interesantes. Rokitanski se ha dedicado á describir las úlceras, y precisamente de su descripcion es de la que tomaré la que sigue. Unas veces existe una sola úlcera que penetra á mayor ó menor profundidad en las paredes del estómago, y otras hay una perforacion completa acerca de la cual volveré á hablar mas adelante.

Segun este autor esta úlcera está situada siempre en la mitad pilórica del estómago; en efecto, en este punto es en el que la ha encontrado Louis. Solo una vez la ha hallado Rokitanski en el fondo menor. «Las mas veces, añade, la úlcera se encuentra en medio de esta parte del estómago que acabo de indicar, con mas frecuencia aun en la pared posterior que en la anterior, y siempre cerca de la corvadura menor y con frecuencia en la misma, y mas rara vez se ven las úlceras cerca del píloro.»

La magnitud de la úlcera varía entre la de un cuarto á la de un duro, y aun algunas veces adquiere una estension dos ó tres veces mayor: ordinariamente no se encuentra mas de una sola, y esto es lo que ha notado Rokitanski sesenta y dos veces entre setenta y nueve casos. En los demás habia dos, cuatro ó cinco úlceras.

La figura de la úlcera es circular en su origen, mas tarde se hace elíptica y mas adelante aun irregular, lo que es debido algunas veces á la reunion de dos úlceras por sus bordes inmediatos.

Rokitanski cree que ha existido primitivamente una escara que por su caida produce la úlcera de que se trata; pero este es un hecho que no está perfectamente probado.

Ya he dicho que estas úlceras pueden terminarse por cicatrizacion. Entonces se encuentra una superficie blanca, lisa y deprimida á la que vienen á terminar algunos pliegues radiados que anuncian cierta contraccion de los tejidos. Cuando es muy estensa y profunda la úlcera cicatrizada, esta contraccion de los

tejidos puede llegar hasta el punto de disminuir considerablemente la capacidad del estómago.

En fin, cuando la enfermedad ha atacado á todas las túnicas de la víscera, se encuentra en su centro una *perforacion* por lo comun de mediana estension, de lo que resultan en los órganos inmediatos desórdenes de que volveré á hablar.

Cruveilhier ha añadido á esta descripcion la disposicion de los bordes que se hallan tumefactos y cortados perpendicularmente, el aspecto del fondo de la úlcera que es agrisado, y la densidad de este; igualmente ha indicado la forma en zona circular, en los casos que la úlcera ha invadido el píloro. Pero en lo que principalmente ha insistido es en las diferencias que existen entre las úlceras simples del estómago y las cancerosas. Este punto es demasiado importante para que pueda yo dispensarme de referir aqui el pasaje que le dedica.

«La úlcera simple del estómago, dice Cruveilhier, solo tiene una grosera semejanza con la cancerosa, á pesar de que siempre se la ha confundido con esta. La base que la sostiene no presenta ninguno de los atributos del cancer duro ni del blando. Ni aun se encuentra en ella esta hipertrofia circunscrita que acompaña ordinariamente al cancer, y que se ha tomado por la misma degeneracion cancerosa.» Es de sentir que Cruveilhier no haya creido que debia entrar, bajo este punto de vista, en pormenores sobre los hechos que ha observado. En efecto, sabemos que no siempre es fácil distinguir la úlcera simple crónica de la úlcera cancerosa, y esto es lo que debia suceder en algunos de los casos recogidos por el autor, en los que se encontraban al rededor de la úlcera bordes densos, hipertrofiados y duros, de los que hubiera sido muy importante tener una descripcion mas precisa.

Segun Rokitanski, la úlcera perforante de que se trata acompaña con bastante frecuencia al cáncer; pero ¿no se debe mas bien decir que en estos casos la úlcera cancerosa desde el principio, no ha cambiado de naturaleza tomando la forma perforante? Se deben indicar todas estas dificultades, porque no se han resuelto como merecian serlo.

Cruveilhier ha reconocido además un estado de la superficie de las úlceras que esplica la hematemesis y el vómito negro. Examinando debajo de una capa de agua, á simple vista ó por

medio de un lente de mucho aumento, la superficie de la úlcera, ha visto una multitud de orificios vasculares unos obliterados y otros no.

Por último, respecto á las cicatrices de las que he dicho alguna cosa mas arriba, Cruveilhier ha visto que se forman por medio de una capa fibrosa de que se cubre la superficie de la úlcera, y que jamás presentan los caracteres del tejido mucoso; pero desgraciadamente Rokitanski y Cruveilhier no han indicado el estado en que se halla la mucosa circundante, lo que no nos permite decir si la úlcera ha sido ó no la consecuencia de una inflamacion comun prolongada: por lo tanto es de desear que se hagan nuevas investigaciones sobre este punto importante.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Ya hemos visto anteriormente cuál es la opinion de Cruveilhier tocante al diagnóstico, que en concepto suyo importa muy poco fijar, á lo menos bajo el aspecto de la terapéutica. Esto seria quizás cierto si á la manera de este autor solo se comparasen la gastritis crónica y la úlcera simple del estómago; pero si se atiende á la *gastralgia*, con la que se puede confundir muy fácilmente la úlcera, no sucede así, porque el tratamiento de la primera se diferencia completamente del de la segunda en un gran número de casos. Por consiguiente son dignos de elogio los esfuerzos que se han hecho hasta el presente para formar un diagnóstico diferencial, sintiendo que estos esfuerzos no hayan sido coronados de buen éxito.

Seria prematuro esponer aqui los signos por medio de los cuales se distingue la afeccion que nos ocupa, del cáncer y de la gastralgia, por lo cual remito, si se quieren mas pormenores, á los artículos dedicados á estas últimas afecciones.

En cuanto á la *gastritis crónica simple*, hay que convenir en primer lugar que es sumamente dificil distinguirla de la úlcera. Sin embargo, hay ciertos casos de gastritis en que no es posible haya confusion, y son aquellos en que con la cardialgia y el dolor á la presion existen vómitos biliosos repetidos. Efectivamente, se ha visto que en la úlcera del estómago la mate-

ria de los vómitos se componia de alimentos y bebidas, ó lo que distingue todavía mas esta afeccion, de materias negras y de sangre. Estòs dos signos asemejan la úlcera del estómago al cancer, y por eso mismo la apartan de la gastritis crónica. Cuando en esta última enfermedad no hay vómitos biliosos, es muy dificil decir, con los elementos que tenemos, si existe ó no una úlcera del estómago. Por consiguiente, bien se infiere lo que aun queda por hacer para formar este diagnóstico.

Pronóstico. Aunque no puede dudarse que la enfermedad es grave, sin embargo el gran número de cicatrices que se han encontrado en el estómago prueba que no es superior á los recursos del arte, ó á lo menos que con ciertas precauciones se puede favorecer la tendencia de la naturaleza á la cicatrizacion.

Uno de los síntomas mas graves es el vómito de sangre, porque casi siempre anuncia la perforacion de un vaso ó de un órgano muy vascular situado en la inmediacion. Sin embargo, no olvidemos que la sangre puede salir, como lo ha observado Cruveilhier, de vasos de muy pequeño calibre y de capilares que pueden obliterarse, y que en estos casos no es imposible la cicatrizacion.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Creo que debo limitarme aquí á esponer el tratamiento recomendado por los dos autores que tantas veces he citado, porque son los únicos que se han ocupado de una manera completa de la enfermedad de que se trata. Hé aqui primero el tratamiento de Cruveilhier.

Tratamiento de Cruveilhier. «Empiezo por dejar en reposo el estómago por espacio de veinticuatro horas, por lo cual debe ser completa la *abstinencia*, y estenderse asi á los líquidos como á los sólidos. Si hay dolor en el epigastrio, se hará una *aplicacion de sanguijuelas* el primer dia, y á continuacion se pondrá al enfermo por algunas horas en un baño.

»Al siguiente dia ensayo la *dieta láctea*, haciendo tomar la leche en cuanto se acabe de ordeñar á la dosis de algunas cucharadas cada cuatro horas, ó con intervalos mas considerables si el estómago no la pide. Algunas veces obra como

por encanto la dieta láctea; pero en otras ocasiones no la llevan bien los enfermos, y entonces es menester mezclarla con un poco de agua de cal, de agua de harina de avena ó endulzarla ligeramente. Muchas veces se lleva mejor la leche cocida y sin nata que la leche natural, la fria mejor que la caliente, y la que está muy caliente mejor que la tibia. No es tampoco raro ver que la leche fatigue al estómago, y entonces tenemos que renunciar á ella para volverla á dar mas tarde.

»Muchas veces se la sustiturye con ventaja con la *dieta gelatinosa* ó *feculenta*, que se compone de caldos de ternera, de pollo, gelatinas, ó bien féculas de maiz, de arroz, de avena, de cebada y de patatas cocidas en agua, en leche ó en caldo de pollo. El punto esencial es encontrar un alimento que el estómago pueda soportar, y el instinto del enfermo nos dirige las mas veces mejor que todos los preceptos.

»El *agua gaseosa simple* la han llevado bien enfermos cuyo estómago repugnaba toda especie de alimento y de bebida.

»Algunas veces he obtenido buenos efectos de la *magnesia calcinada* y *los ojos de cangrejos en polvo* dados en una cucharada de agua ó de leche.

»Rara vez ha sido útil el *opio* aun cuando haya habido grandes dolores.

»Generalmente se debe proscribir el *azúcar*, sin embargo de que algunas veces he hecho tener en la boca con buen éxito *azúcar cristalizada* antes y despues de comer para aumentar la secrecion de la saliva.

»Se debe vigilar la *temperatura de los alimentos* tanto como su calidad y cantidad. Los alimentos muy calientes ó muy frios me han parecido convenir mejor que los tibios.

»Los *baños gelatinosos* templados de dos, tres ó cuatro horas de duracion, son un auxiliar muy poderoso. En efecto, he observado que un baño de tres ó cuatro horas produce efectos mas ventajosos que tres ó cuatro baños de una hora.

»Una observacion muy importante es que *no se debe prolongar por mucho tiempo la dieta atemperante*, y sí salirse algo del régimen prescrito en los primeros tiempos; pues llega una época en la que los estimulantes tales como la *carne de caza*, son mas provechosos que las carnes blancas y las legumbres herbáceas.»

Es fácil conocer que se ha espuesto este tratamiento mas bien con arreglo á las ideas principales que se deducen de algunas observaciones interesantes, que de una análisis exacta de todos los hechos. Por lo tanto seria de desear que se multiplicasen las investigaciones en este sentido, para dar á la terapéutica de la úlcera del estómago una precision que todavía no ha podido adquirir.

En concepto de Rokitanski se debe dirigir el tratamiento del modo siguiente: Lo mismo que Cruveilhier, tiene gran confianza en la *dieta láctea*. Recomienda una *aplicacion de sanguijuelas* si existen dolores vivos en la region epigástrica, y despues quiere que se recurra al *carbonato de magnesia* y al *agua de cal* con leche; medicamentos que pueden administrarse el primero á la dosis de 4 á 8 gramos (1 á 2 dracmas), y el segundo á la de dos cucharadas en una taza de leche una ó dos veces al dia.

Rokitanski propone además aplicar á la region epigástrica *cauterios*, *moxas*, ó bien hacer *fricciones* con la *pomada de Autenrieth*, con el *aceite de croton tiglio* ó con cualquiera otra sustancia irritante.

Tambien recomienda las infusiones de *manzanilla* y de *menta*, y cree que si el estómago no llevase bien la leche, se la puede reemplazar ventajosamente con caldos, cocimientos mucilaginosos ó sopas ligeras. Finalmente, en el tratamiento de la hematemesis, recurre á los medios que he espuesto en el artículo *gastrorragia*, al que remito al lector.

Repito pues que no he podido hacer cosa mejor que esponer el modo con que estos dos autores comprenden el tratamiento de la úlcera simple del estómago.

¿Deberé ahora presentar un resúmen y prescripciones? No lo creo asi, porque seria querer dar una apariencia de exactitud á un artículo que en el estado actual de la ciencia no le puede tener. Sin embargo, es preciso que el práctico sepa los medios que se han puesto en uso, y que no crea que sin que preceda un estudio atento y preliminar de los síntomas puede mirar como determinados los casos que se le presenten y los medios para combatirlos.

ARTICULO VIII.

PERFORACION DEL ESTÓMAGO.

Pocas enfermedades hay que hayan sido objeto de mas trabajos especiales que la perforacion del estómago, la que teniendo relacion con importantes cuestiones de medicina legal, ha llamado mucho la atencion. Pero siendo los hechos difíciles de observar, de naturaleza variable, y dando lugar á interpretaciones diversas, cuanto mas se ha procurado discutir las cuestiones que promueve, mas confusion se ha introducido en la historia de la enfermedad. En efecto, se han querido abrazar en una sola y misma teoría hechos que se refieren á causas orgánicas diferentes, y las opiniones emitidas, aunque muchas veces eran verdaderas en algunos puntos particulares, han llegado casi siempre á hacerse falsas por haberlas generalizado.

Para comprender bien la historia de la perforacion del estómago es menester recordar lo que he dicho mas arriba. En efecto, hemos reconocido que habia perforaciones *debidas á un trabajo patológico*, y especialmente á la úlcera cancerosa y á la simple perforante, al paso que otras eran debidas á *un fenómeno puramente cadavérico*, y mas adelante veremos que es necesario tambien admitir una verdadera *rotura del estómago*, de lo cual existen ya gran número de hechos en la ciencia. Prescindo por ahora *de las perforaciones ocasionadas por la accion de un veneno corrosivo sobre las paredes del estómago*, porque no se debe tratar de ellas sino en el capítulo dedicado á los *envenenamientos*.

Si se hubiese tenido cuidado de establecer una distincion preliminar como la que hacemos, y si se hubiese tenido en consideracion no algunos hechos particulares, sino todos los hechos, no se hubiera discutido tanto acerca de la causa de las perforaciones y la naturaleza de las lesiones que la producen.

Lefevre, cirujano de marina, á quien debemos un escrito interesante acerca de esta cuestion, ha espuesto muy detalladamente las diversas opiniones emitidas principalmente desde

el principio de este siglo. Voy pues á dar un sucinto resúmen de este trabajo histórico.

Nada diré de las ideas de Galeno, de Celio Aureliano, de Boerhaave y de Hoffmann, porque no estan fundadas en el estudió de hechos positivos, y solo recordaré los esperimentos de Hunter y Spallanzani, y sobre todo los de Carswel, sobre los que he hablado largamente mas arriba. En efecto, prueban que en ciertas circunstancias la perforacion puede no ser, como ya se ha visto, mas que un simple efecto cadavérico; pero estos autores han hecho muy mal en querer generalizar demasiado hechos particulares.

Apenas es necesario mencionar la teoría del doctor Gerard, que admitia la existencia preliminar de un *absceso* en el estómago, idea enteramente hipotética. En cuanto á Chaussier y á Jaeger ya hemos visto anteriormente el juicio que formaban de esta lesion, por lo cual creo inútil volver á hablar de él aqui.

El doctor Camerer (1) creia haber conciliado las opiniones de los partidarios de la teoría de Hunter con la de los autores que acabo de citar, demostrando por esperimentos que el jugo gástrico obra en un estómago privado de inervacion como en el estómago de un cadáver; pero nada prueba que en los casos en que se produce la perforacion del estómago, este órgano se halle en las condiciones que supone el médico de Stuttgardt.

Posteriormente los médicos de la escuela fisiológica no han querido ver en la perforacion del estómago mas que un resultado de una inflamacion comun. Pero esta opinion es evidentemente la menos defendible, porque las inflamaciones comunes dan lugar á lesiones de las que, como se ha indicado antes, no es la perforacion el término definitivo.

Conviene mucho dar á conocer la division propuesta por Richter (2) y la de Becker, porque son en las que se ha tratado de clasificar las perforaciones del estómago en el órden mas metódico. Richter considera como causas que pueden producir la perforacion del estómago: 1.° *la gangrena local;* 2.° *el escirro;* 3.° *la ulceracion* aguda ó crónica, y 4.° *el reblandecimiento gelatiniforme*. Respecto á la gangrena local, es preciso decir que nada prueba su existencia. Es verdad que Rokitanski

(1) *Espér. sur le ramoll. de l' estomac.*
(2) *Horns' Arthiv.*; 1824.

indica la presencia de una escara como el primer grado de una úlcera perforante del estómago; pero esta es una simple opinion mas bien que la espresion de los hechos. Las perforaciones debidas al escirro ulcerado y á la ulceracion simple son innegables. En cuanto á las que se atribuyen al reblandecimiento gelatiniforme, se puede decir que este es tambien un resultado de una teoría que deberia apoyarse en numerosas observaciones.

El doctor Becker establece dos clases de perforaciones á las que da el nombre de *Gastrobrosis*. En la primera incluye las gastrobrosis por *causa interna* que comprende la accion de los agentes vulnerantes y tóxicos que debemos dejar á un lado. En la segunda se encuentran las divisiones siguientes: 1.º La *gastrobrosis gangrenosa*; 2.º la *ulcerosa*; 3.º la *carcinomatosa*; 4.º la procedente del *adelgazamiento* de las túnicas del estómago; 5.º la producida por el *reblandecimiento* de la túnica mucosa, y 6.º la *espontánea*. Bien se ve que este autor ha querido incluir en su clasificacion todos los hechos conocidos ó supuestos; pero poniéndoles asi en la misma línea é introduciendo entre ellos algunas especies cuya existencia no está demostrada, apenas ha ilustrado la cuestion.

No seguiré mas adelante este estudio histórico, puesto que no hemos de sacar de él nada de nuevo. Unicamente he querido manifestar que la historia de las perforaciones se referia principalmente á los hechos que hemos espuesto en los artículos precedentes, y que esta lesion no era una consecuencia de los que en ellos hemos estudiado. Resulta pues que no tenemos que estendernos mucho en este lugar sobre la historia de estas perforaciones, porque hasta tanto que se verifican se trata de una enfermedad diferente, bien sea una úlcera cancerosa, bien una úlcera simple, y cuando se han producido, sobrevienen fenómenos que pertenecen ordinariamente á una afeccion nueva, cual es la peritonitis sobreaguda.

Sin embargo, es bueno decir algunas palabras acerca del modo de formarse y de los accidentes que de ellas resultan, segun el punto del estómago en que se verifican. Tambien es oportuno manifestar cómo se puede distinguir despues de la muerte la perforacion patológica de la perforacion puramente cadavérica, que es la que va á ser el objeto de este artículo.

Síntomas precursores. Cuando la perforacion del estómago

es *debida á los progresos de un cáncer ulcerado*, va precedida de los dolores, vómitos, enflaquecimiento y caquexia que son propios de esta enfermedad. Cuando *es debida á una úlcera simple*, unas veces se observan los síntomas espuestos en el artículo precedente, y otras la enfermedad es enteramente latente. ¿Se deberá añadir á estas afecciones como causa de perforacion el *reblandecimiento con adelgazamiento*, y el *reblandecimiento gelatiniforme?* Esto es lo que no se halla aun demostrado en el estado actual de la ciencia, porque en los mas de los casos de esta especie se debe necesariámente admitir, como lo he probado con los hechos, la existencia de una perforacion cadavérica.

Síntomas consecutivos. Cualquiera que sea la causa á que se deba atribuir la perforacion, se diferencian mucho los fenómenos que de ella resultan, segun que la cavidad del estómago *comunica con la del peritoneo*, ó que la *solucion de continuidad está en relacion con uno de los órganos inmediatos.*

En este último caso se observa lo siguiente: Hay *cardialgias* con dolores muy intensos, que algunas veces se prolongan por dias enteros, *desmayos*, *vómitos* de grandes cantidades de *sangre*, seguidas de *deyecciones alvinas sanguinolentas*, y la enfermedad, que hasta entonces no habia marchado con mucha rapidez, hace espantosos progresos. Como acabamos de ver es muy difícil distinguir los resultados de una perforacion de este género de los que pertenecen á la simple erosion de una arteria del estómago; pues en una y en otra son casi idénticos los fenómenos. Las mas veces va á parar la perforacion del estómago al hígado y al bazo; sin embargo, no es raro ver que en los casos de cáncer hace comunicar la cavidad gástrica con la del colon; pero este es un punto acerca del cual ya hablaré al tratar de esta última enfermedad. Muchos autores, y especialmente Chaussier, han referido ejemplos de perforaciones del fondo mayor del estómago que correspondian al bazo.

En otras circunstancias se verifica la perforacion *en frente de las paredes abdominales*, y si entonces se establecen adherencias, se puede formar una *fístula estomacal*. Esto es precisamente lo que sucedió en un caso muy notable referido por Bineau (1). Esta fístula, que se habia cerrado despues de haber

(1) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, t. II, p. 360.

existido durante algunos dias, se abrió mas tarde y causó la muerte de la enferma.

Lo que mas llama la atencion en las perforaciones de que acabo de hablar, es la produccion de las *adherencias* que impiden el derrame en la cavidad peritoneal de las materias contenidas en el estómago; hecho importante sobre el que ha insistido el doctor Caillard (Tésis, Paris), y del cual ha citado tres ejemplos.

En circunstancias menos felices, la perforacion no siempre encuentra un órgano próximo que venga á obstruirla. Pero puede suceder, como en un caso observado por Delpech, que el derrame que al principio es muy poco abundante se halle *contenido en un espacio muy limitado* y rodeado de falsas membranas, de suerte que los accidentes no sean en estremo graves. Los casos de este género son raros, á lo menos si nos atenemos al corto número que se ha citado por los autores. En la observacion referida por Delpech (1) se diagnosticó una perforacion que dió inmediatamente lugar á formidables accidentes, que se calmaron á beneficio de la dieta absoluta; pero habiendo querido la enferma tomar alimentos, sobrevinieron vómitos que rompieron estas adherencias, é hicieron comunicar la pequeña cavidad del derrame con la cavidad peritoneal, de lo que resultó una peritonitis mortal.

En fin, en otras circunstancias, por desgracia demasiado frecuentes, la perforacion del estómago hace *comunicar directamente* la cavidad de este órgano *con el peritoneo*, y se forma el derrame, ya en su cavidad cuando se verifica la perforacion en la cara anterior, bien en la cavidad posterior de los omentos cuando está en la cara posterior. Este accidente se anuncia inmediatamente por los síntomas mas violentos, y sobre todo por el *dolor escesivo que sobreviene de repente*, *los escalofrios*, *la frialdad de las estremidades*, la tendencia de los enfermos á encogerse bajo la cubierta de la cama, y á tener *encorvado el cuerpo hácia adelante*, *etc.*, síntomas que como se ve, son los de la peritonitis sobreaguda, y que tienen el mismo valor en la afeccion de que tratamos que los que se manifiestan en la *pleura* en la *perforacion del esófago.*

(1) *Mémor. des hôp. du Midi*, t. II, p. 386.

El doctor Charrier (1) ha referido un caso de perforacion de este género observado en una señora *que habia presentado durante cierto tiempo en este órgano síntomas poco manifiestos*. Habia pues dos perforaciones que eran sin duda el resultado de dos úlceras mas ó menos antiguas, y sobrevino una peritonitis sobreaguda mortal. *Tambien se notó el descenso del hígado* y su *separacion del diafragma* debidos á un rápido desprendimiento de gases en el peritoneo.

No creo que debo insistir mas en este artículo acerca de estos interesantes pormenores, porque se los deberá estudiar con cuidado en el dedicado á la peritonitis, bastando en este con haberlos citado.

De lo dicho se infiere que la perforacion del estómago está caracterizada, y se diferencia de la rotura, ya por la existencia de *fenómenos anteriores*, ya por la *falta completa de estos síntomas* y de los que preceden á la rotura, como veremos mas adelante, y por la *aparicion repentina* de los fenómenos de la peritonitis sobreaguda.

Causas determinantes. ¿Cuáles son ahora las *causas determinantes* de la solucion completa de continuidad del estómago? Despues de haber observado durante cierto tiempo el curso de las enfermedades que la producen, y en particular el de la *úlcera cancerosa* y de la *úlcera perforante*, vemos llega un momento en que la pared del estómago está casi completamente destruida. Solo queda entonces la membrana serosa para impedir el derrame de las materias. Bien se concibe que en este estado un *movimiento violento*, un *esfuerzo de vómito* y una *presion violenta* sobre el epigastrio pueden romper fácilmente este último resto de la pared gástrica. Esto es, en efecto, lo que se ha observado en cierto número de casos; pero en otros no se ha notado nada semejante, lo que prueba que la membrana serosa habrá sufrido á su vez el trabajo ulcerativo.

Lesiones anatómicas. Como he espuesto mas arriba el estado en que se encuentra el estómago á consecuencia del trabajo de ulceracion, me limitaré á decir aquí que la estension de las perforaciones es muy variable, como la de las úlceras en general; que algunas veces es muy considerable, porque se las ha

(1) *Union médicale*, 11 y 13 de marzo de 1847.

visto de la magnitud de la palma de la mano; que la perforacion es redondeada, y de bordes cortados de tal modo, que la pérdida de sustancia de la mucosa y del tejido submucoso es mayor que la de la muscular, y esta á su vez es mas estensa que la de la serosa. Los bordes suelen tener un color rojo mas ó menos vivo, otras oscuro, y aun negruzco; y esto es sin duda lo que ha hecho creer qué existia una verdadera gangrena. A veces hay muchas perforaciones de mediana estension, lo que conviene muy bien con lo que se ha dicho acerca de la formacion simultánea de muchas úlceras.

Los doctores Hughes y Ray (1) han referido un caso muy curioso de perforacion del estómago, que se observó en una niña. Ya la primera vez se presentaron todos los síntomas de la perforacion, tales como dolor repentino y atroz, peritonitis consecutiva y la enferma se curó. Cuatro meses despues se reprodugeron con mas intensidad estos accidentes y la enferma murió. En la autopsia se encontró una perforacion á manera de canal entre el píloro y el cardias, y una depresion fruncida como en las cicatrices que pareció eran el resultado de la primera perforacion. El estómago estaba lleno de frutas rojas todavía no digeridas.

Pero lo que principalmente importa comprobar es la existencia en la cavidad peritoneal de una inflamacion mas ó menos estensa, resultado inevitable del derrame de las materias contenidas en el estómago durante la vida. Delpech es el único que ha insistido como se debe sobre este punto, á pesar de que él es el que predomina en toda la cuestion. Si se hubiese tenido cuidado de indicar exactamente en todas las observaciones el estado del peritoneo, nada hubiera sido mas fácil que distinguir las perforaciones que sobrevienen durante la vida de las que se producen en los cadáveres. Por haber descuidado completamente Chaussier esta descripcion del peritoneo ha sido sin duda inducido muchas veces en error; porque es evidente que ha atribuido á una sola causa perforaciones de muchas especies.

Asi pues, además de hallar los alimentos en la cavidad peritoneal, es necesario notar con cuidado el estado de descomposicion en que se encuentran, su composicion química, y sobre

(1) *Guy's hosp. Reports*, t. IV, 2.ª série.

todo la rubicundez de la serosa, las falsas membranas, los derrames seroso purulentos ó purulentos; porque si todas estas circunstancias existen, no es dudoso que la perforacion se haya verificado durante la vida.

Perforaciones cadavéricas. Lo que acabamos de indicar nos conduce á decir algunas palabras de las perforaciones que al parecer son evidentemente cadavéricas. Tal es la que ha sido comunicada por Littré al doctor Carswell (1), las que son propias de Hunter y á algunos otros esperimentadores, y la que ha sido referida por Louis, como ejemplo del último término á donde puede llegar el reblandecimiento con adelgazamiento del estómago. Lo que hay de notable en estos casos, es que el líquido *derramado* tenia una *apariencia quimosa*, y que los órganos en contacto con él estaban reblandecidos asi como el estómago, *sin inflamacion en las partes circunvecinas*, de tal modo que el peritoneo se hallaba perfectamente intacto.

Los hechos de que acabo de hacer mencion presentan el tránsito gradual del reblandecimiento á la completa perforacion. En efecto, el que ha recogido Littré nos ofrece la destruccion de las paredes hasta el peritoneo, en un caso de muerte repentina, y los demás la destruccion de esta misma membrana. No me cansaré do insistir en esta diferencia en las lesiones circundantes; porque si no se la tiene en consideracion, es imposible cerciorarse de la naturaleza de la perforacion, pues la forma de la lesion no basta siempre, segun confiesan todos los anátomopatólogos, para resolver todas las dudas.

Diagnóstico. Respecto al diagnóstico tenemos muchas cuestiones que nos proponemos dilucidar. En primer lugar hay que resolver si la solucion de continuidad es una simple perforacion ó una *rotura del estómago*, y hé aqui los datos en que se establecerá esta distincion. En la perforacion se observan síntomas precursores de mayor ó menor duracion; dolores epigástricos, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, enflaquecimiento, etc. En la rotura hay igualmente síntomas antecedentes, pero como veremos mas adelante, sobrevienen todos durante una especie de indigestion, no tienen mas que una duracion muy limitada, y se hallan principalmente constituidos

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830, t. VII, p. 506.

Inflamacion violenta del peritoneo.	El peritoneo se halla en *estado normal.*
Durante la vida, *síntomas* de *peritonitis* ó *de lesiones profundas* de los órganos inmediatos al estómago.	Sobreviene con frecuencia en las *muertes repentinas*: en el caso contrario *síntomas de gastritis* aguda ó crónica seguida ó no de accidentes graves debidos á una perforacion.

Pronóstico. Parece inútil tratar de establecer el pronóstico de un accidente tan formidable, del cual parece ser la muerte una consecuencia inevitable. Sin embargo, los hechos que hemos estudiado hasta el presente nos suministran acerca de este punto datos importantes, y desde luego vemos que las perforaciones limitadas por los órganos inmediatos son mucho menos graves que las que hacen comunicar la cavidad del estómago con la del peritoneo.

En segundo lugar hallamos que si se puede verificar en un punto en que el estómago esté en contacto con las paredes abdominales, se establece una fístula que no es inmediatamente mortal.

En fin, segun el interesante hecho que se refiere en la observacion de Delpech, vemos que la perforacion del estómago puede muy bien no ser inmediatamente mortal, aun cuando se efectúe en la cavidad peritoneal. En efecto, si el derrame es poco abundante, puede ser prontamente limitado por falsas membranas que le trasforman, por decirlo asi, en un simple absceso. Mas adelante hallaremos esta disposicion en las *perforaciones del intestino ciego.*

Tratamiento. Ya he espuesto en los artículos precedentes todo lo que se refiere al tratamiento de las diversas lesiones consiguientes á la perforacion; por lo tanto seria inútil volver á hablar de ellas.

¿Qué conducta se deberá seguir cuando hay perforacion? Tambien hay que hacer aqui la distincion de los tres casos que he mencionado mas arriba.

Si la perforacion está limitada por un órgano inmediato al estómago, se debe combatir con las *emisiones sanguineas* y los demás antiflogísticos, la inflamacion mas ó menos intensa de este órgano, é insistir en los medios ya puestos en uso contra la úlce-

ra del estómago. Los casos en que la erosion del órgano secundáriamente afectado da lugar á *vómitos de sangre* mas ó menos abundantes, entran en el tratamiento de la *gastrorragia* (1).

Si hay motivos para creer que existe un *derrame poco estenso y limitado por falsas membranas*, como en el caso citado por Delpech, es menester no omitir ninguna precaucion para librar al enfermo de todos los accidentes que le amenazan. En primer lugar es necesario someterle *á una quietud completa*, ponerle á la *dieta mas rigurosa*, *suprimir las bebidas*, templar la sed con *hielo* ó algunas gotas de un *líquido acídulo*, y poner en uso el tratamiento recomendado por Stokes y Graves contra la peritonitis por perforacion, esto es, *el opio á altas dosis*. Pero en semejante caso es necesario introducir el opio en el conducto intestinal por medio de *lavativas*, porque importa mucho no ingerir en el estómago nuevas sustancias. Con este fin se administrarán algunas lavativas con 20, 30 *y aun* 40 *gotas de láudano*, y se cubrirá el vientre con *fomentos emolientes*, á los que se añadirá una gran cantidad de vino opiado.

Cuando haya una reaccion manifiesta se harán *emisiones sanguíneas*, recurriendo en semejante caso principalmente á las *sanguijuelas*, aplicándolas en gran número (40, 50 ó 60) al punto mas dolorido de la region abdominal.

En fin, *cuando existe una peritonitis sobreaguda* generalizada, es necesario emplear cuanto antes el tratamiento enérgico que ordinariamente se usa contra esta afeccion, y sobre el cual no me estenderé mas porque tendré que esponerle detalladamente en uno de los artículos siguientes (*véase* el artículo *Peritonitis*).

Por lo demás se comprenderá por qué no insisto en el tratamiento de la perforacion del estómago, porque las mas veces es casi inútil y apenas nos han enseñado los autores nada de particular acerca de él. Por otra parte lo que indicaré en el tratamiento de la *rotura del estómago* puede fácilmente aplicarse al de la perforacion.

(1) Véase *Gastrorragia*.

ARTICULO IX.

ROTURA DEL ESTÓMAGO.

Vamos á tomar de la memoria de Lefevre, de la que ya hemos hecho mencion anteriormente, la mayor parte de lo que tenemos que decir sobre este grave accidente, del que dicho autor ha reunido los principales ejemplos. Lefevre refiere siete observaciones, entre ellas una muy interesante, recogida por él, y estos hechos no dejan la menor duda acerca de una verdadera rotura. Efectivamente, como vamos á ver, todo se reune para probar que habia en estos casos, no una *perforacion*, como en los casos precedentes, sino una solucion repentina de continuidad producida por una verdadera dislaceracion de los tejidos.

Frecuencia. El accidente de que se trata *no es* por fortuna *frecuente* en la especie humana; pero se le ve con mas frecuencia en los caballos, y Lefevre espone del modo siguiente los síntomas observados en estos animales por los veterinarios. En el curso de la enfermedad se pueden reconocer dos tiempos ó períodos distintos. En el *primero* hay dolores de tripas violentos, regurgitaciones de los alimentos ó gases por las narices, precedidas de fuertes contracciones, por las que el animal procura alargar el cuello. Este estado puede durar muchas horas. En el *segundo tiempo* cambian los síntomas repentinamente: se suspenden los esfuerzos para vomitar; el caballo no se agita, un sudor frio cubre su cuerpo, la respiracion es muy acelerada y el pulso muy frecuente y pequeño. Si el caballo está echado se levanta y sobreviene pronto la muerte. Cito esta corta descripcion, porque refiriéndose á una rotura no dudosa del estómago en el caballo, puede servir de punto de comparacion para apreciar los síntomas observados en el hombre.

Veamos ahora cuáles son las circunstancias en que se verifican estas roturas y qué síntomas producen.

Causas. 1.° *Causas predisponentes*. El doctor Steward

Allen (1) ha visto producirse una rotura del estómago en un *niño de diez años;* pero no dice en la observacion, si el niño habia comido frutas. El doctor Lefevre ha hecho notar que en todos los casos cuya historia ha referido, se han observado en personas del *sexo femenino*, y se pregunta á sí mismo si esta predisposicion no dependeria de la forma que dan al estómago los *corsés demasiado apretados*. Aunque el número de hechos es evidentemente insuficiente para resolver una cuestion de esta especie, era bueno indicar esta circunstancia que podrá servir á otros para dilucidar este punto.

Las personas atormentadas por *epigastralgias* frecuentes, y aquellas cuyas digestiones laboriosas van acompañadas de un *desprendimiento considerable de gas*, parecen, segun Lefevre, mas espuestas á esta clase de solucion de continuidad del estómago. Sin pretender que esta asercion sea enteramente errónea, diré que no se puede inferir rigurosamente de las observaciones referidas por este autor; porque en el mayor número de casos, y especialmente en las observaciones II, III y VII de su memoria no se observaron estas condiciones particulares.

2.° *Causas ocasionales.* Respecto á estas causas ya tenemos datos mas exactos, pues en todas las observaciones, la comida que ha precedido á la rotura y á la muerte habia consistido en una *gran cantidad de alimentos, las mas veces difíciles de digerir*, como avichuelas, coles, varias frutas y especialmente ciruelas; pero habiendo pasado un tiempo mas ó menos largo desde que se tomaron los alimentos han sobrevenido trastornos digestivos muy notables que no se podian atribuir mas que á una *indigestion*. Bien pudiera suceder, como es fácil de concebir, que una disposicion morbosa del estómago bastase por sí sola para producir estos accidentes, sin que fuese necesaria la ingestion de los alimentos indigestos. En efecto, la causa determinante es la indigestion, cualquiera que sea el modo con que se produzca, y por consiguiente, la *distension del estómago* por los gases y líquidos, con *esfuerzos* mas ó menos considerables para vomitar.

Síntomas. Los síntomas son de dos especies, segun que se examina á los enfermos antes ó despues de la rotura.

(1) *The Lancet*, diciembre de 1845.

Síntomas que preceden á la rotura. En el primer caso hay verdaderos síntomas de indigestion, que como hace notar Lefevre, duran mas ó menos tiempo segun que el estómago presenta mas ó menos resistencia. Estos síntomas son en primer lugar un *dolor violento* en la region epigástrica con *abultamiento notable* y sensacion de *pesadez*, que segun Lefevre, los enfermos la comparan con la que produciria una *fuerte presion* en la base del torax. En seguida aparecen náuseas, despues *esfuerzos infructuosos para vomitar*, con los que solo se consigue arrojar pequeñas cantidades de materias mucosas. *No hay evacuaciones alvinas*, y si se obtienen por medio de lavativas, estan formadas de materias bien trabadas, que le han parecido á Lefevre ser el residuo evidente de digestiones anteriores. Al mismo tiempo existe grande *ansiedad*, y tal *agitacion* que los enfermos unas veces se echan sobre el vientre, algunas de espaldas y otras se revuelcan en la cama, se hacen un ovillo y no saben qué posicion guardar. Entonces se ha visto *el vientre retraido* hácia su parte media, lo que hacia resaltar todavía la tension del epigastrio. La deglucion es fácil, pero promueve casi inmediatamente náuseas y por consiguiente la espulsion de las bebidas que acaban de tomarse, que es lo que se observaba principalmente en el caso recogido por el mismo Lefevre. Cierto sugeto se quejaba de *sentir un obstáculo* que se oponia á la introduccion de las bebidas en el estómago.

Sin embargo, existe ordinariamente una *sed* muy viva, que por las razones que acaban de indicarse no se puede satisfacer. La *lengua* está en todos los períodos de la enfermedad pálida, ancha y húmeda.

La lentitud y la regularidad del *pulso* son muy notables en un estado en que la agitacion ha llegado á tan alto grado, y solo algunas veces se le ha encontrado pequeño y retraido.

Este estado no es contínuo como en las indigestiones ordinarias, pues al contrario se observan *momentos de calma* de corta duracion, pero trascurridos estos se reproducen los accidentes con mayor intensidad.

Tales son los síntomas que preceden á la rotura del estómago. Bien se conoce que deben tener una duracion indeterminada, puesto que la produccion de la solucion de continuidad depende de la rapidez con que se verifica la distension del estó-

mago, de la violencia de los esfuerzos para vomitar, y de la resistencia de los tejidos. Igualmente se comprende que si los mismos fenómenos se produjesen en sugetos cuyo estómago esté ya reblandecido, la rotura se haria con mucha mayor rapidez, y esto es en efecto lo que se verificó en dos de los casos citados por Lefevre.

Síntomas despues de la rotura. ¿Cuáles son los síntomas que se siguen á la rotura? En nada se diferencian de los que suceden á la perforacion, cuando esta hace comunicar la cavidad del estómago con la del peritoneo, como es fácil convencerse de ello por la siguiente descripcion que tomamos de Lefevre (1). «El *dolor* que antes era *dislacerante* se hace *urente y muda de sitio.* El *vientre*, que en un principio está *dolorido á la presion*, se eleva, se *timpaniza* y adquiere una sensibilidad estremada; entonces estan *menos agitados* los enfermos, pero á medida que se marcan mas los síntomas de la peritonitis, aparecen *nuevos conatos á vomitar* que tambien son *infructuosos;* el *pulso es muy frecuente*, pequeño, contraido y miserable; está *fria* la *piel* de las estremidades y se cubre de un *sudor* glacial y viscoso; la *cara* se halla profundamente alterada y espresa el terror; en fin, los enfermos conservando la integridad de sus facultades intelectuales, dan de cuando en cuando *gritos lastimeros* que demuestran la fuerza de sus dolores. En semejantes circunstancias es cuando muchas veces espiran pidiendo de beber; levantándose ó haciendo un movimiento para echarse de otro modo en la cama, etc.»

Se ve pues que no es fácil equivocarse, y que se puede fijar con bastante exactitud el momento en que se hace la rotura del estómago, y en que se derraman las materias en la cavidad peritoneal.

Lesiones anatómicas. Lo que primero llama la atencion entre las lesiones anatómicas es la distension del estómago. Esta distension es mucho mayor en el fondo mayor del estómago, y en el punto correspondiente á la solucion de continuidad, donde esta cavidad presenta un aspecto infundibuliforme que segun Lenhosseck es un carácter propio de las *perforaciones espontáneas*, es decir, de la rotura, porque como acabamos de ver

(1) *Luq. cit.*, p. 51.

este és el nombre que dan algunos autores á la lesion de que tratamos.

En la estremidad de este embudo se encuentra una solucion de continuidad irregular mas ó menos redondeada, pero que presenta de particular que las túnicas del estómago no se corresponden exactamente en toda su circunferencia, lo cual es debido á su diferente retraccion, y distingue perfectamente la rotura de la perforacion ulcerosa, en la que aun cuando pueden estar corroidas las membranas en una estension diferente, ninguna presenta mayor ó menor retraccion que las otras. Además de esto, se encuentran en las inmediaciones de la rotura algunas hendiduras, verdaderas rasgaduras de la mucosa, que no son otra cosa que un principio de rotura. Habiendo Lefevre distendido el estómago en los cadáveres por medio de una fuerte insuflacion hasta el punto de romperle, ha encontrado en este órgano lesiones enteramente semejantes á las que se acaban de describir.

Hay además un adelgazamiento considerable de las paredes del estómago, que está en relacion con el grado de distension que han sufrido las paredes. Por lo demás, no se encuentra al rededor de la perforacion, á lo menos en los mas de los casos, un reblandecimiento sensible de los tejidos; pues aun se los puede estirar fuertemente sin romperlos.

En cuanto á las materias que aun quedan en el estómago, se hallan en mayor ó menor cantidad segun que la perforacion ha facilitado mas ó menos su salida, y consisten principalmente en alimentos mal digeridos, que despiden olor agrio, y en una gran cantidad de gases que muchas veces se escapan en el momento en qué se abre el abdomen.

Habiendo analizado Lepelletier, farmacéutico de marina, estas materias en un sugeto observado por Lefevre, halló que la estremada acidez de las materias era debida á la presencia de los ácidos siguientes, colocados en el órden creciente de sus proporciones.

«1.° Acido hidroclórico.

»2.° Acido hidrosulfúrico.

»3.° Acido málico.

»4.° Acido fosfórico.

»5.° Acido acético cuya proporcion puede calcularse á lo menos principalmente en la quincuagésima ó en la cuarta parte del

peso de las materias, segun que se le representa por el ácido mas concentrado ó por vinagre.»

Por otro lado se encuentran en el peritoneo lesiones que probarian hasta la evidencia que se ha verificado el accidente durante la vida, si es que los síntomas indicados mas arriba no lo hubiesen demostrado suficientemente; tales son los vestigios de una inflamacion intensa que rodea el derrame, y que se estiende mas ó menos lejos. No indico por ahora estas lesiones, porque pertenecen á la peritonitis por perforacion, y las espondré mas adelante.

Bien se ve que todo se reune para hacer adoptar la esplicacion que ha dado Lefevre de este formidable accidente: las circunstancias en que aparecen los síntomas, es decir, el buen estado de salud en que se hallaban los sugetos antes de sobrevenir esta enfermedad, la violenta distension del estómago observada durante la vida, la aparicion repentina de los signos de la peritonitis, la forma que afecta el estómago, la de su perforacion y los vestigios de inflamacion peritoneal, no dejan duda alguna acerca de este particular.

Sin embargo, cuando el estómago se halla muy reblandecido se puede verificar la rotura sin la concurrencia de esta causa. En efecto, el doctor Burgraeve (1) ha visto una rotura del estómago que á consecuencia de un reblandecimiento pultáceo, ha dado lugar á una ancha abertura que hacia comunicar este órgano con la cavidad posterior del peritoneo. En el momento de la rotura se produjo un *enfisema general*, con síntomas de asfixia, y la muerte sobrevino muy poco tiempo despues.

Diagnóstico. La enfermedad con que mas fácilmente se puede confundir la rotura del estómago es la *perforacion de esta misma víscera*; pero en vista de lo que acabamor de decir, se ve que se encuentran enteramente confirmadas las diferencias indicadas en el artículo precedente.

Pero hay perforaciones y roturas de otros órganos que dan lugar á accidentes muy semejantes, en cuyo caso es muy dificil el diagnóstico. Con todo, el estado anterior de los enfermos, el sitio del dolor, el modo con que se ha estendido al abdomen sirven para aclararle. Asi es como se reconocerá la *rotura*

(1) *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, enero de 1845.

de un vaso voluminoso, del *bazo*, la perforacion de la *vesícula biliar*, etc.; pero estos son casos particulares que me limitaré á mencionar, puesto que deberé hablar de ellos mas adelante. Otro tanto diré de las perforaciones del *intestino* en la calentura tifoidea, en la *ulceracion del ciego*, etc.

Solo me quedan que decir dos palabras acerca *de la perforacion intestinal* que puede producirse en el *curso de la tisis*. La larga duracion de la enfermedad que ha precedido á la perforacion, los síntomas pectorales (tos, esputos, hemotisis, signos suministrados por la percusion y la auscultacion, sudores nocturnos y demacracion), darán á conocer cuáles son las condiciones en que se verificó la perforacion, y el punto de partida del dolor, si se le puede precisar, indicará que es el intestino y no el estómago el que se halla perforado.

Si, como en un caso recogido por Mesnard (1), fuese la rotura de uno de estos últimos órganos precedida de una indigestion mas ó menos violenta, seria casi imposible formar el diagnóstico; asi es que en este caso, en que se creyó antes de la autopsia que habia una rotura del estómago, no se halló sino una *rotura de una vena epiplóica*.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es uno de los mas graves, pues no se conoce ni un solo ejemplo de curacion. Cuando no hay mas que síntomas de indigestion, no se puede creer que el enfermo se halla en un verdadero peligro, puesto que tantos otros semejantes en la apariencia se terminan por simples vómitos y evacuaciones de vientre; mas cuando se adquiere la certeza de que se ha verificado la rotura, se debe desesperar de la vida del sugeto.

Lefevre compara bajo el punto de vista del pronóstico la rotura del estómago que designa bajo el nombre de *perforacion espontánea*, con las *perforaciones* de que se ha hablado mas arriba, y hace notar con justa razon que la gravedad de la rotura es mucho mayor.

Tratamiento. Nada tengo que añadir á lo que he dicho mas arriba acerca del tratamiento de la peritonitis sobreaguda que se presenta en ciertos casos de perforacion del estómago. Entonces la peritonitis constituye toda la enfermedad, y esta afeccion no

(1) Obs. IV de la memoria de Lefevre.

presenta diferencias, cualquiera que sea el modo con que se ha hecho la solucion de continuidad. Con este motivo remito al lector al capítulo precedente.

Pero *¿qué conducta deberá seguir el práctico antes de que se verifique la rotura*, cuando solo hay síntomas de indigestion violenta con distension del estómago? Ya he dicho que en semejante caso no se diferencian sensiblemente los síntomas de los de una indigestion comun, de lo cual se sigue que las mas veces se creerá que no hay ninguna gravedad y se prescribirán solo algunos calmantes y evacuantes; pero estos últimos medicamentos lejos de ser útiles, podrian producir por el contrario un efecto funesto aumentando los esfuerzos impotentes para vomitar, causa eficiente de la rotura. Por consiguiente, si hubiese algunos motivos para creer que el caso se asemeja á aquellos de que hemos hablado en este artículo, se deberiá tratar de desocupar el estómago por otro medio. En vista de esto conviene recordar los signos que pueden servirnos de guia.

Como anteriormente hemos indicado los principales hechos, voy á resumirlos; pero antes es preciso decir dos palabras acerca de la *percusion* que en semejante caso puede suministrar algunas luces. En efecto, con este medio se puede conocer la dilatacion del estómago, cuya corvadura inferior puede descender hasta debajo del ombligo y formar una prominencia mas ó menos considerable hácia el lado izquierdo; porque en estos puntos, y siguiendo la citada corvadura, se percibe un sonido á macizo notable, limitado por el sonido claro que dan todo al rededor los intestinos rechazados. Por el contrario, hácia la region epigástrica se advierte un sonido claro debido á la acumulacion de gases en las partes superiores. Este estado se comprueba perfectamente sin tener necesidad de recurrir al plexímetro y se puede conocer asi, no solo que el estómago contiene líquidos y gases, sino tambien aproximadamente la cantidad que contiene.

Por consiguiente, si fuese sumamente vivo el dolor epigástrico; si la ansiedad y la agitacion llegasen al mas alto grado; si estuviese muy abultada la region del estómago, y se percibiesen los sonidos macizo y claro que acabamos de indicar; si hubiese en fin, esfuerzos frecuentes y violentos para vomitar, sin otro resultado que la espulsion de algunas mucosidades, se de-

bería recurrir, como lo recomienda Lefevre, no obstante que no ha tenido ocasion de emplear este medio, á la *bomba estomacal*, *y absorver de este modo mecánicamente los líquidos contenidos en el estómago.*

Lefevre cree que seria útil despues de haber vaciado este órgano, *lavarle*, lo mas exactamente posible, con un *cocimiento emoliente.* Sin embargo, nada prueba que haya necesidad de esta precaucion, porque sabemos que el estómago asi como los demás órganos huecos, recobra fácilmente todas sus funciones luego que ha vuelto á su volúmen habitual. Respecto á la inflamacion que se pudiera temer que se desarrollase no es probable que se produzca. Asi pues, no me parece que sea muy útil emprender un *tratamiento antiflogístico severo*, prescribir *dieta*, etc., como indica Lefevre.

En cuanto al instrumento de que es preciso valerse, se emplea la bomba estomacal de la que tendremos acasion de volver á tratar en el artículo *Envenenamiento.* Por otra parte, se puede ver lo que he dicho tocante á este asunto al hablar de la *asfixia por submersion* (véase tomo III). Pero importa recordar aquí, como ha hecho con razon Lefevre, que se puede vaciar el estómago por medio de un aparato mucho mas sencillo indicado por Renault (1).

Este parato se compone de una geringa de bastante capacidad, que tiene en su estremidad una sonda gruesa esofágica de goma elástica. Una vez introducida la sonda, se adapta la geringa, cuyo émbolo está completamente metido, y en seguida se le saca lentamente de manera que se aspire el líquido. Si hubiese que repetir varias veces esta maniobra, se deja puesta la sonda y solo se saca la geringa para vaciarla. Como este tratamiento es tan sencillo, creo inútil hacer de él un resúmen.

(1) *Nouvelles expériences sur les contre-poisons de l' arsenic;* Paris, año X, Tesis, en 8.°

ARTICULO X.

DILATACION DEL ESTÓMAGO.

Es raro que una dilatacion considerable y permanente del estómago se manifieste en estado de simplicidad, es decir, faltando toda lesion orgánica que pueda esplicar la retencion de las materias y la distension de las paredes estomacales; siendo así que por el contrario se observan esta distension y esta retencion en un gran número de casos de cáncer del estómago. ¿Se deberá por esta razon dejar la descripcion de este estado morboso para el artículo dedicado al cáncer del que es una consecuencia comun? No lo creo asi, porque como vamos á ver, se ha observado algunas veces la dilatacion del estómago sin que se pudiese esplicar por la coartacion ni la induracion del píloro ó de sus alrededores. Entonces constituye evidentemente una enfermedad particular, cuya existencia es preciso reconocer é investigar de qué modo se origina. Esto supuesto, voy á esponer rápidamente los principales fenómenos, é indicar los medios usados para remediar los accidentes que este estado determina; y asi me bastará indicar despues en el artículo *Cáncer del estómago* cómo puede producirse el mismo efecto por una nueva causa, remitiendo para el estudio y pormenores de los síntomas á la descripcion que voy á trazar.

Ya he dicho que la dilatacion del estómago sin una causa orgánica apreciable es un hecho raro. En efecto, basta para convencerse de ello observar que á pesar de las numerosas investigaciones hechas por Duplay (1) sobre esta materia, no se conocen todavía mas que cuatro casos que se puedan considerar como ejemplos de esta afeccion, y con todo pueden quedar algunas dudas acerca de uno ó dos de ellos. Sin embargo, Louis (2) ha comprobado la existencia de esta dilatacion en nueve casos de tisis tuberculosa, y este hecho en que no se ha

(1) *De l' ampliation morbide de l' estomac. etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. III, p. 166 y 365.

(2) *Rech. sur la phthisie*, 2.ª edic., Paris, 1843, p. 69.

fijado la atencion de los autores, merece que se haga de él mencion. Tambien hay que referir á la dilatacion los hechos publicados con el título de *hidropesía del estómago*, *hidrops ventriculi* (1), porque como vamos á ver es inadmisible la existencia de una verdadera hidropesía en esta víscera.

Causas. Haciendo abstraccion de las causas orgánicas, solo nos quedan un corto número que se puedan mirar como capaces de producir la dilatacion del estómago; tales son, el *adelgazamiento* considerable de esta víscera, la *atrofia de las fibras musculares*, como se ve de ella un ejemplo en una observacion de Andral (2), la *parálisis* del *estómago* admitida en casos en que no se podia atribuir á otra causa, y que se ha comparado á la parálisis de la vejiga, y en fin, la *ingestion inmoderada* de sustancias sólidas, de lo que Percy y Laurent (3) han referido algunos ejemplos, á los que es preciso agregar otros dos casos observados y publicados por Pezerat (4). Finalmente, es necesario añadir á estas causas el *aumento* de volúmen del hígado, que repeliendo hácia bajo el estómago le pone en condiciones favorables á su dilatacion. En efecto, Louis ha comprobado que las dos únicas veces en que habia dilatacion del estómago en lugar de otras enfermedades crónicas diferentes que no eran la tisis y el cáncer, habia precisamente en el hígado un aumento de volúmen muy notable, como en los casos de tisis.

No admito entre estas causas la adherencia del estómago á los órganos inmediatos, y con especialidad al higado; porque no está demostrado que en semejante caso haya habido una lesion orgánica suficiente para esplicar la dilatacion.

Síntomas. En la descripcion de los síntomas ha incluido Duplay, á la par de algunos casos simples, otros en que habia una lesion orgánica; pero creo que no debo imitar este ejemplo, aunque yo examine la cuestion bajo un punto de vista menos general.

El *peso* que se siente en la region epigástrica, principalmente despues de comer ó de haber tomado una cantidad conside-

(1) Observ. de Jodon, referidas por Riverio; *Op. univ*.

(2) *Clin. méd.*, 3.ª edic., t. II, obs. VII.

(3) *Journal complém.*, t. I, y *Diccionario de ciencias médicas*.

(4) *Journ. complém.*, t. XXV, p. 162, reproducidos en la Memoria de Duplay, obs. V y XII.

rable de bebida, es un síntoma que se ha observado siempre y precisamente del que mas se quejan los enfermos. Tambien se han notado verdaderos *dolores*, pero *sordos*, que ocupaban toda la region. Asi sucedió en un sugeto cuya historia ha referido Duplay (1), y en el que al hacer la autopsia se halló sano el píloro.

Nunca se han notado estos dolores vivos que se manifiestan en la *dilatacion repentina del estómago*, y sobre todo en la que precede á su rotura (2).

Algunas veces hay *náuseas;* pero casi solo en el momento en que el estómago se halla considerablemente distendido por los alimentos y las bebidas, y en el que debe efectuarse el *vómito.* Este último síntoma que se presenta en casi todos los casos, y varía como ha observado Duplay en las diversas épocas de la enfermedad, es mas frecuente en los primeros tiempos, lo que depende sin duda de la mayor facilidad con que se contrae el estómago, cuya accion no ha destruido completamente una dilatacion enorme. La *materia de los vómitos* merece una atencion particular, pues en ningun caso en que se ha podido comprobar la simplicidad de la dilatacion se han notado los vómitos negros ó sanguinolentos que encontramos frecuentemente en el cáncer. Los alimentos mas ó menos mal digeridos, las bebidas y una cantidad por lo comun considerable de mucosidades, forman esta materia de los vómitos. Un sugeto que se quejaba del sabor acre de las materias vomitadas, tuvo tambien eructos ácidos. Un hecho que debe notarse y del que volveremos á hablar cuando se trate *del cáncer del estómago*, es que aun en casos en que los vómitos se habian efectuado poco tiempo despues de la comida, no se vomitaban los alimentos recien tomados, hecho que á pesar de no poderse casi esplicar se halla no obstante comprobado. Algunos enfermos se promueven ellos mismos estos vómitos titilando la campanilla. que les alivian descargándoles del peso incómodo que sienten en la region epigástrica.

La *forma del vientre* cambia poco á poco á medida que la enfermedad hace progresos. Primeramente se eleva el vientre al nivel del ombligo, despues mas abajo, y en fin el aumento

(1) Obs. IV de su memoria.
(2) Véase el artículo precedente.

de volúmen del vientre puede llegar hasta el punto de tomar la figura de una alforja, como se verificó en un caso citado por Duplay, y en otros muchos referidos por los autores bajo el título de *polifagia*. Tales son por lo general los cambios que esperimenta el abdomen; pero para mayor exactitud es preciso examinar esta region antes y despues del vómito.

Antes *del vómito* la prominencia de que acabo de hablar se halla en su máximum, y entonces es cuando el vientre tiende á caer sobre la parte superior de los muslos; *despues del vómito*, el volúmen de esta cavidad se halla notablemente reducido; pero cuando ha sido muy considerable la distension, queda una flacidez de las paredes mas ó menos marcada.

Cuando se practica la *paltacion hallándose el estómago distendido*, se puede reconocer un tumor poco resistente, mal circunscrito, que partiendo del hipocondrio izquierdo, se dirige hácia la espina iliaca del mismo lado, y de alli sube hácia el hipocondrio derecho. El doctor Louis ha tenido ocasion de ver que la convadura menor del estómago habia descendido debajo del ombligo, y formaba asi un arco de círculo bastante considerable que se estendia de un hipocondrio al otro. Es cierto que en los casos observados por este autor se trataba de verdaderos cánceres del estómago; pero sucediendo lo mismo cuando no hay una lesion orgánica profunda, se les puede aplicar esta observacion. Esta disposicion normal de las partes se esplica fácilmente: estando fijado el estómago por sus dos estremidades cardiaca y pilórica, solo la parte media obedece á la pesantez, y esperimenta la dislocacion que acabamos de indicar.

Cuando es muy considerable la distension, se puede reconocer *á simple vista* este estado del estómago, cuya prominencia, á través de las paredes del abdomen, conserva la forma primitiva del órgano. Despues de un vómito abundante, estos signos desaparecen en parte, para manifestarse de nuevo poco tiempo despues.

Otro signo que importa mucho descubrir es la *fluctuacion*, que se produce fácilmente por medio del *traqueteo*, á causa de hallarse el estómago ocupado en parte por líquidos y en parte por gases. Unas veces es oscura y otras evidente, y con frecuencia va acompañada de un ruido de *gorgoteo* ó de *gluglu* tan perceptible para el enfermo como para el médico. Tambien se han

producido en sugetos que por la simple contraccion del abdomen podian producir este fenómeno; la mayor parte de los enfermos le oyen cuando hacen movimientos algun tanto rápidos, y sobre todo cuando se vuelven repentinamente estando acostados. Aunque no se ha pensado en practicar la *succusion*, es mas que probable que deba producir el mismo fenómeno que en los casos de *neumohidrotorax*.

Algunos sugetos esperimentan una sensacion particular que merece mencionarse, y es que cuando toman líquidos los sienten *descender profundamente* hasta la pelvis menor, esperimentando principalmente esta sensacion cuando las bebidas tienen una temperatura muy baja.

Tanto estos signos como los precedentes y los que vamos á esponer, desaparecen en parte despues de abundantes vómitos, lo que apenas es necesario decir, puesto que dependen todos de la mayor ó menor acumulacion de materias; pero que no se debe perder de vista, porque esta particularidad es muy importante para el diagnóstico. Si se les quisiera hacer mas manifiestos, se podria tragar cierta cantidad de líquido; pero este medio, de que tanto se ha abusado en los esperimentos hechos acerca de la percusion, está lejos de ser indispensable, puesto que siguiendo su curso la enfermedad, es seguro ver que se presentan todos estos fenómenos.

La *percusion* puede servir de mucho para reconocer este estado del estómago. En efecto, se encuentra hácia el epigastrio ó hácia el ombligo, segun que la corvadura menor se halla mas ó menos deprimida, un sonido claro que resulta de la existencia de gases en la parte superior, y despues el nivel del líquido á una altura variable, segun la abundancia de bebidas que se han tomado. Este nivel trasversal cuando el enfermo está sentado, da el sonido humoral que resulta del contacto de los gases con el líquido. Este ruido es, como se sabe, un poco argentino y semejante al que se produce aproximando las dos palmas de las manos, de modo que quede un poco de aire entre ambas, y dando con el dorso de una de ellas un golpe seco en la rodilla. Por último, se halla el sonido á macizo debido á la presencia del líquido, que se estiende hasta abajo, y puede hacer reconocer la corvadura mayor cuando esta no llega á la pelvis menor.

Haciendo variar de postura al enfermo se obtienen cambios notables que tambien revela la percusion. Si el enfermo se echa de espaldas aumenta la estension del sonido claro, porque los gases se dirigen hácia la parte anterior del abdomen; cuando se echa del lado izquierdo se encuentra el sonido claro en el hipocondrio ó en el vacío derecho, y el nivel del líquido es oblicuo de arriba á abajo y de izquierda á derecha; cuando se echa del lado derecho, el resultado es enteramente opuesto. Asi pues practicando la percusion se pueden seguir los progresos de la acumulacion del líquido; pero no es realmente necesaria tan minuciosa precision en el exámen, pues los demás signos son mas que suficientes para dar á conocer las variaciones y los progresos de la afeccion.

Tales son los síntomos locales: en cuanto á los que tienen su asiento en un punto mas ó menos distante ó son puramente funcionales, se puede decir que son muy pocos ó se refieren á una afeccion orgánica profunda de la que es solamente una consecuencia la ampliacion morbosa del estómago, es decir, al cáncer.

Si no considerásemos mas que los casos en que la enfermedad ha sido simple, veriamos que nada presenta de particular el *estado de la lengua*, ó mas bien que es normal; que el apetito se halla por lo comun aumentado, y algunas veces hasta el estremo, como se observó en los casos de *polifagia*, de que nos han dejado ejemplos los autores anteriormente indicados. Es bastante raro, en los casos de que se trata, que se resienta mucho el *estado general del enfermo;* sin embargo, como se puede juzgar por las observaciones, no hay ninguna relacion entre la cantidad enorme de alimentos que toman ciertos sugetos y las carnes que tienen. Se hallan en una especie de estado de *languidez* ó mas bien de *entorpecimiento*, que anuncia la dificultad de la digestion.

Cuando se repiten con frecuencia los vómitos, las *digestiones* se hacen mal, el *estreñimiento* es pertinaz, y se observa una *demacracion* manifiesta. Sin embargo, es poco comun que los enfermos sucumban de esta afeccion en su estado de simplicidad; y aun se puede decir que no existe ningun hecho auténtico que pruebe que por sí sola ha ocasionado la muerte. En los casos citados se han encontrado alteraciones mas ó menos profundas de otros órganos, y en particular del corazon y de los pulmones, que esplican esta terminacion fatal.

Curso, *duracion y terminacion.* El *curso* de la enfermedad es lento, y al principio casi no llama la atencion de los enfermos. El peso en el epigastrio y la dificultad de las digestiones son los únicos síntomas que existen durante algun tiempo; pero cediendo poco á poco la contraccion del estómago, las materias se acumulan en mayor ó menor abundancia, y pasando con dificultad por el píloro, vienen los vómitos y toma la afeccion un aspecto grave.

Este curso de la enfermedad está en relacion con los cambios de figura y de volúmen del estómago, y como advierte Duplay, la acumulacion de las materias que al principio no eran sino una simple consecuencia de la falta de contractilidad del estómago, acaba por ser uno de los obstáculos mas poderosos á esta contraccion, y por consiguiente una de las causas mas eficaces de la ampliacion.

La *duracion* de la enfermedad es ilimitada, aunque se puede decir en general que es siempre muy larga.

En cuanto á su *terminacion* ya hemos visto anteriormente que casi no se podia atribuir la muerte de los enfermos á sola la ampliacion del estómago. Por otra parte, Duplay ha citado algunos casos de curacion que tendré ocasion de recordar al hablar del tratamiento: nueva prueba de que es necesario separar la dilatacion simple del estómago de la dilatacion seguida de una lesion orgánica, porque una y otra tienen diferente gravedad y estan lejos de tener la misma importancia para el práctico.

Lesiones anatómicas. Las lesiones anatómicas de la ampliacion morbosa, tal como acabo de describirla, son muy simples. En primer lugar se encuentran los cambios de volúmen y figura que era posible distinguir durante la vida al través de las paredes abdominales. Los dos orificios del estómago estan aproximados, y la víscera se halla realmente suspendida de sus dos estremidades, mas ó menos estiradas. La corvadura menor forma un arco de círculo mucho mas estrecho, está debajo del ombligo, y la corvadura mayor ocupa gran parte de las fosas iliacas y de la pelvis; de lo que resulta que el omento se halla casi completamente borrado, y que los intestinos mas ó menos comprimidos se encuentran como cubiertos por la enorme bolsa formada por el estómago. Respecto á las paredes de este se las ha hallado adelgazadas y trasparentes, y las fibras musculares separa-

das y destruidas en las inmediaciones del píloro. En este último caso se pueden tener algunas dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad, y es de creer que la ulceracion no era simple como se ha creido. Mas adelante espondré en pocas palabras las diferencias que existen en las lesiones anatómicas entre los casos de dilatacion simple y de dilatacion seguida de cáncer. La cavidad del estómago contiene una cantidad por lo regular considerable de materias acumuladas que consisten en alimentos mas ó menos alterados por la digestion, bebidas y mucosidades, y algunas veces cuerpos estraños, tales como piedrecitas, yeso, diversos instrumentos como cuchillos, cucharas, etc., como se ha observado en los casos de polifagia.

Diagnóstico y pronóstico. Se han citado algunos errores de diagnóstico que son célebres en la ciencia. Asi pues en el siglo pasado se creyó que estaba *preñada* una muger que no tenia otra cosa que una dilatacion morbosa del estómago, y en otro caso se hizo la paracentesis tomando á esta enfermedad por una *ascitis* (1). En la actualidad se evitarán fácilmente estos errores, y aun es casi inútil indicar el diagnóstico diferencial de la preñez y de la afeccion de que tratamos: en la preñez la existencia del tumor en la parte media é inferior del vientre, su consistencia y convexidad superior, la falta de todo cambio cuando se muda de postura, la auscultacion que hace descubrir los latidos del corazon del feto, igualmente que el ruido placentario, y en fin la esploracion por medio del tacto del cuello de la matriz, son mas que suficientes para evitar todo error.

El diagnóstico de la dilatacion del estómago y de la *hidrópesía ascitis* merece que fijemos mas en él nuestra atencion. En efecto, en uno y en otro caso hay un sonido claro encima del ombligo y un sonido á macizo en las partes mas declives; en ambos hay igualmente una fluctuacion mas ó menos perceptible, y la forma del vientre podia aparecer casi la misma haciendo un exámen poco profundo. Pero hé aqui como se distinguirán estos dos estados morbosos. En la ascitis el sonido á macizo debido á la presencia del líquido se percibe primero en el hipogastrio y en los vacios. En los casos de dilacion del estómago

(1) Chaussier. *Mém. sur les fonc. du grand épiploon* (*Mém. de l' Acad. de Dijon*, 1784).

ocupa primitivamente la parte media del abdómen, y se puede por la percusion producir debajo de la corvadura mayor del estómago el sonido propio de los intestinos. Además, el nivel del líquido no presenta una curva de concavidad superior como en los casos de ascitis, sino que es trasversal. Estos signos bastan para distinguir estas dos afecciones, cuando la ampliacion del estómago no ha llegado á su mas alto grado, y la corvadura mayor de esta víscera no ha descendido hasta la pelvis.

En este segundo caso es preciso observar atentamente la figura del vientre. En efecto, se puede reconocer la forma del estómago por la palpacion ó á simple vista; se sigue la resistencia ó la prominencia que forma la corvadura menor debajo del ombligo; despues se ven en los dos vacíos y en el hipogastrio dos especies de abolladuras formadas por el órgano distendido, de las cuales la mas saliente corresponde á la tuberosidad mayor del estómago. Además, ya hemos dicho que en los casos de dilatacion estomacal, el movimiento de traqueteo producia el ruido de gorgoteo ó de gluglu, lo cual no se observa en la ascitis, en la que por el contrario la verdadera fluctuacion es mucho mas manifiesta. Por último, y este es el punto mas importante, el estado de las partes despues del vómito ilustra al médico hasta el punto de no dejarle ninguna duda.

Todos los síntomas locales se disipan en parte despues de los vómitos, ló que es uno de los caracteres de la dilatacion del estómago; por el contrario en la ascitis no hay vómitos, que es lo mas comun, ó si los hay el estado del abdómen permanece siempre el mismo. Además se puede algunas veces reconocer el volúmen y la posicion del estómago en la ascitis, lo que da dos sonidos macizos, uno debido á un líquido contenido en el estómágo, y otro al líquido que hay en el peritoneo, y entonces no puede haber la menor duda.

Resta ahora investigar si se pueden distinguir los casos en que la dilatacion es sencilla de aquellos en que es una consecuencia del *cáncer del estómago;* pero creo debo dejar este diagnóstico diferencial para el artículo siguiente, donde estudiaremos los síntomas del cáncer.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

No me parece que sea necesario recordar lo que he dicho á propósito del diagnóstico diferencial de la dilatacion del estómago y de la preñez, pues esta distincion es en la actualidad demasiado fácil; asi es que solamente me limitaré á esponer los principales caracteres diferenciales de esta dilatacion y de la ascitis.

Signos distintivos de la dilatacion del estómago y de la hidropesía ascitis.

DILATACION DEL ESTÓMAGO.	ASCITIS.
Cuando está poco adelantada la afeccion, se oye aun el *sonido intestinal debajo de la corvadura mayor.*	Sonido á *macizo en el hipogastrio* y en las fosas iliacas.
En una época mas avanzada todavía se puede *sentir la corvadura menor* debajo del ombligo ó percibirse la prominencia que forma.	No hay *ninguna eminencia circular* semejante á la de la corvadura menor.
Varias elevaciones debidas á la distension del estómago.	El vientre está *uniformemente* desarrollado.
Por el traqueteo se produce el ruido de *gorgoteo* ó de *gluglu*; se percibe una fluctuacion ordinariamente *oscura.*	No hay *ruido* de *gorgoteo* ó de *gluglu.* La fluctuacion es *evidente*, á no haber circunstancias particulares.
Vómitos seguidos de una *disminucion mas ó menos notable* de los síntomas locales.	En la ascitis *no hay vómitos*, ó si los hay, no tienen *ninguna influencia en el estado del abdomen.*

Pronóstico. Lo que hemos dicho mas arriba acerca de la terminacion de la enfermedad, prueba que no es por sí misma de notable gravedad; sin embargo, se concibe muy bien que debe llegar un momento en el que la dilatacion del estómago sea tal que ya no se la pueda remediar. Pero en igualdad de circunstan-

cias, la ampliacion debida á la ingestion de gran cantidad de alimentos ó de bebidas es la menos grave, pues como veremos dentro de poco, se ha podido curar en semejante caso con bastante facilidad.

Tratamiento. Abstinencia de alimentos y bebidas. El tratamiento que mas felices resultados ha producido en esta enfermedad es la *abstinencia* mas ó menos prolongada, seguida de un género de vida sóbrio y regular. El doctor Pezerat ha citado un hecho muy curioso que viene en apoyo de lo que acabamos de decir. Se trata de una muger de treinta años, cuyo vientre tenia el volúmen que presenta ordinariamente al fin de la preñez, en la que por un exámen atento se reconoció la ampliacion morbosa del estómago, y de las noticias adquiridas acerca de la enferma resultó que tomaba diariamente mas alimentos que los necesarios para alimentarse dos ó tres peones, y aun hubiera comido mas si lo hubiera tenido. Pues bien, con solo quince dias que la enferma estuvo á media racion, bastó para reducir el estómago á su estado normal, y en seguida se vió libre de esta enfermedad mientras vivió con sobriedad; pero se presentaron de nuevo los mismos síntomas siempre que quiso satisfacer completamente su apetito. En otro caso citado por el mismo autor, y en el que la enfermedad parece habia sido producida por la ingestion habitual de una enorme cantidad de bebida, se veia que se disipaba en gran parte la ampliacion morbosa del estómago en cuanto el enfermo disminuia la gran cantidad de líquido, y aparecia de nuevo luego que volvia á sus hábitos que no quiso abandonar. Se ve pues que se debe recomendar muy especialmente la abstinencia de alimentos y bebidas para tratar esta enfermedad; pero no conviene poner de pronto á los enfermos á una dieta rigurosa, porque ciertamente no la podrian soportar.

Escitantes y tónicos. El estado de debilidad que se ha supuesto existia en el estómago ha inducido á recurrir á los *escitantes* y á los *tónicos*, para lo cual se prescribe una pequeña cantidad de estracto de *quina*, infusiones aromáticas, y particularmente la de *salvia*, los *alcohólicos*, los *ferruginosos*, y entre otros el *carbonato de hierro* á la dosis de 1 á 4 gramos (20 granos á una dracma), y en fin, los *amargos*, como la infusion de *lúpulo*, *de centaura* y *de genciana*. Sin embargo, no se debe

creer que se puedan emplear indiferentemente estos medios, acerca de cuyo valor estamos lejos de saber nada de fijo: en efecto, vemos que en un caso observado por Guyot, el vino y los demás alcohólicos agravaron todos los accidentes, siendo asi que el enfermo llevaba bien las sustancias suaves; es verdad que en este caso no está perfectamente demostrado si habia una dilatacion simple ó un cáncer del estómago.

Purgantes. Se han usado los purgantes suaves en esta enfermedad con el doble objeto de evacuar por los intestinos las materias acumuladas en el estómago y de vencer al mismo tiempo el estreñimiento, síntoma comun de la afeccion de que tratamos; pero nada prueba que se haya conseguido este doble fin por estos medios.

Estricnina. En los casos en que se ha supuesto una verdadera parálisis del estómago se ha administrado la estricnina; pero los ensayos que hasta el dia se han hecho son todavía muy poco númerosos, además de que nada positivo se puede deducir de ellos. Efectivamente, en uno de estos casos observados por Duplay se prescribió este remedio, pero no se pudo continuar su uso todo el tiempo necesario para producir resultados manifiestos, porque el enfermo quiso salir del hospital. En estos casos se puede administrar la estricnina en píldoras, empezando por píldoras de 5 milígramos ($^1/_{10}$ de grano), de las cuales se dará una cada dia; despues se irá aumentando gradualmente la dosis cada dos ó tres dias sin pasar de ocho á diez píldoras. Tambien se puede aplicar un vejigatorio á la region epigástrica y curarle todos los dias con una dosis de 1 á 3 ó 4 centígramos ($^1/_5$, $^3/_5$ ó $^4/_5$ de grano) de polvo de estricnina.

Vomitivos. Seguramente se debe tener por un medio paliativo el provocar artificialmente los vómitos, puesto que hemos visto que despues de un vómito copioso se sienten notablemente aliviados los enfermos; asi es que no vacilan en procurarse ellos mismos este alivio por medio de la titilacion de la campanilla. Administrando el médico un vomitivo cuando llega al estremo la acumulacion de las materias, se disipan inmediatamente los principales accidentes, y permite en seguida recurrir á los diversos medios anteriormente indicados.

Régimen. Por último, es preciso prescribir un régimen

compuesto de alimentos nutritivos bajo el menor volúmen posible; por consiguiente formarán la base de él las carnes negras asadas. Cuando el vientre haya adquirido un volúmen y flacidez considerable, sería útil usar una faja elástica para sostener los órganos en él contenidos y ejercer una suave compresion.

Creo inútil hacer prescripciones para un tratamiento tan sencillo; pues me parece que bastará con el resúmen para recordar al lector los principales medios de que puede hacer uso.

Breve resumen del tratamiento.

Disminucion notable en la cantidad de alimentos y de bebidas; ligeros escitantes, tónicos, ferruginosos, amargos, purgantes suaves, estricnina, vomitivos y régimen.

ARTICULO XI.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

Solo desde la época en que han empezado los médicos á ocuparse de anatomía patológica es cuando se ha estudiado mas ó menos bien el cáncer del estómago; pues anteriormente todo lo que se sabia acerca de esta afeccion se hallaba espuesto en los artículos dedicados á las alteraciones de las funciones de este órgano. Sin embargo, algunas observaciones aisladas que se hallan en Schenckio, Foresto y Zacuto Lusitano, etc. han podido considerarse como ejemplos de cáncer de aquella víscera cuando los estudios modernos han hecho conocer bien esta afeccion. Posteriormente Morgagni (1) ha reunido un gran número de casos de cáncer del estómago, descritos principalmente bajo el punto de vista de la anatomía patológica, aunque todavía incompletamente. Desde fines del siglo pasado se han publicado un gran número de disertaciones, de memorias particulares y monografías en que se trata del

(1) *De causis et sedibus morborum.*

cáncer del estómago. Entre estas últimas es preciso distinguir las de Pezzold (1) y de Blanchard (2), de Chardel (3) y una de las mas recientes es la de Prus (4). Además en estos últimos tiempos se ha profundizado mas el estudio de la anatomía patológica del cáncer que lo que hasta entonces se habia hecho, como se puede juzgar por los diferentes artículos publicados sobre esta materia, y principalmente por el de Louis (5), quien ha tratado con particularidad del estado de la membrana muscular en el cáncer del estómago, que no habia fijado hasta entonces la atencion de los autores.

Como acabamos de ver, no faltan materiales para completar el estudio del cáncer del estómago, y sin embargo he creido que debia recurrir á las observaciones particulares para hacer una descripcion completa de la enfermedad, porque como todos saben, aun quedan un gran número de puntos oscuros, otros muchos que han dado lugar á grandes discusiones, y otros en los que los autores no se han esplicado de una manera bastante exacta, y que requieren dilucidarse por una análisis de los hechos. Con el objeto de derramar alguna luz sobre todos estos puntos, he reunido un gran número de observaciones, de las cuales treinta y tres entre otras que me ha comunicado Louis, han sido sometidas á una análisis rigurosa, de suerte que tendré suficiente cantidad de hechos para resolver las cuestiones mas importantes. No me ha arredrado semejante trabajo, porque me ha parecido que en los artículos acerca del cáncer del estómago se habian limitado con demasiada frecuencia los autores á repetir lo que antes se habia dicho, y que muchas veces tambien se habian fundado en observaciones incompletas ó consideradas bajo un punto de vista demasiado limitado.

(1) *Von der Verhart und Vereng. des unt. Magenmundes*; Dresde, 1787.
(2) *De difficili aut impedito alim. e ventr. in duod. progres.*; Lugd. Batav., 1787.
(3) *Monogr. des dégénér. squirrh. de l' estom.*; Paris, 1808.
(4) *Recher. nouv. sur la nat. et le traitement du cancer de l' estomac*; Paris, 1828.
(5) *De l' hypertr. de la membr. muscul. de l' estom. dans toute son étendue, dans le cancer du pylore* (*Recher. anat.-pathol.*; Paris, 1826, p. 120).

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En medio de las opiniones contradictorias emitidas acerca de la naturaleza del cáncer en general y del cáncer del estómago en particular, es bastante dificil dar, sin discusion, una definicion rigurosa de la afeccion de que nos ocupamos. Sin embargo, en vista de los hechos que he estudiado, creo puedo decir que el cáncer del estómago consiste en una *degeneracion específica* de las paredes de este órgano, de cuya degeneracion resultan todos los síntomas de la afeccion. Mas adelante tendré muchas veces ocasion de discutir esta proposicion y de demostrar su exactitud.

Se ha descrito el cáncer del estómago bajo los nombres de *carcinoma ventriculi*, *escirro del estómago*, *hipertrofia*, *fungus*, *degeneracion carcinomatosa del estómago*, etc. Las palabras de *cáncer* y *carcinoma* se hallan generalmente adoptadas.

Entre las afecciones crónicas, el cáncer del estómago es una enfermedad que se encuentra *con bastante frecuencia*, y una de las mas comunes de las afecciones cancerosas, porque despues del cáncer del útero, es la *mas frecuente de todas*. En efecto, resulta de las investigaciones de Louis, que el cáncer del útero es doble mas frecuente que el cáncer del estómago; pero este lo es doble mas que el del hígado, que lo es á su vez mas que los otros. Y todavía es preciso añadir que en un gran número de casos el cáncer del hígado es consecutivo al cáncer del estómago, lo que aumenta considerablemente la proporcion que acabo de indicar.

§. II.

CAUSAS.

Las investigaciones que hemos hecho acerca de las causas del cáncer del estómago estan lejos de ser rigurosas. Las mas veces se han contentado los médicos con indicar lo que se habia observado en algunos casos, mas bien que el deducir las conse-

cuencias de un exámen fundado en todos los hechos observados. En este párrafo indicaré el resultado de las investigaciones particulares de que he hablado mas arriba, y le compararé con las principales aserciones de los autores.

1.° Causas predisponentes.

Entre las causas predisponentes no hay ninguna que mejor se conozca que la influencia de la *edad*. En efecto, todos los autores estan conformes en decir que es muy raro observar el cáncer del estómago antes de la edad de la pubertad y despues de los setenta años, que es precisamente lo que resulta de las observaciones. En los casos recogidos por Louis, la edad media de los enfermos era de cincuenta y ocho años; ninguno tenia menos de veinticinco, y solo un corto número habian pasado de los sesenta. En las observaciones que he reunido, la edad media de los enfermos es casi la que ha indicado Louis, con la diferencia de ser un poco mayor en los hombres que en las mugeres, puesto que los primeros tenian por término medio cincuenta y nueve años y una fraccion, y las segundas cincuenta y dos y tambien una fraccion. En cuanto á los límites estremos de la edad, solo observamos un sugeto de veinticinco años, y ninguno tenia menos; pero entre veintinueve individuos tres hombres habian pasado de setenta años, y solo uno de ellos tenia ochenta. Estos datos tomados de hechos exactamente observados podrán servir para formar una estadística mas completa. Se han citado algunos casos de cáncer en sugetos mucho mas jóvenes; pero son sumamente raros y deben considerarse como enteramente escepcionales. En resúmen, el cáncer del estómago se manifiesta por lo comun de los cincuenta á setenta años, y lo que todavía lo prueba mas, es que en las observaciones que tengo reunidas, de veintinueve casos veinte enfermos se hallaban en este período de la vida, es decir, mas de los dos tercios.

No está menos establecida por los hechos la *influencia del sexo*, pues todos los autores que han recogido observaciones han notado que los hombres estaban mas espuestos que las mugeres al cáncer del estómago. De los treinta y tres que he reunido veinte habian ocurrido en personas del sexo masculino, y trece en mugeres. Este resultado confirma la opinion de los autores; pero

igualmente que otras muchas sumas de hechos, prueba que Barras (1) se ha equivocado mucho cuando decia que todos los casos de cáncer del estómago se encontraban en los hombres.

¿Hay otras causas predisponentes cuya existencia esté bien probada? Si se examinan las observaciones que se han publicado, no se encuentra nada concluyente tocante á esta materia. Desde luego observo respecto á la *constitucion*, en los hechos que he reunido, que casi todos los individuos habian tenido en cierta época durante su vida, y con frecuencia por espacio de muchos años, una buena constitucion, y aun bastantes afirmaban que nunca habian estado enfermos antes de padecer la afeccion gástrica que les conducia al hospital; no obstante, algunos habian tenido siempre una salud endeble y delicada, pero era el menor número. Asi pues no se puede encontrar en la constitucion ninguna predisposicion evidente á esta enfermedad.

Nada se refiere en las observaciones respecto del *temperamento* de los enfermos, lo que no ha impedido decir, y Chardel ha insistido principalmente sobre este punto, que el *temperamento linfático* predispone á la afeccion de que tratamos. Bien se conoce que para decidir alguna cosa seria preciso tener datos muy exactos acerca del estado de los enfermos antes de desarrollarse el cáncer, y esto es evidentemente lo que no tenemos.

Se ha dado mucha importancia como á causas de esta enfermedad á los *hábitos higiénicos*, y principalmente á la *alimentacion* habitual del enfermo; pero es de notar que los autores que han insistido mas sobre estas circunstancias, son los que por una parte consideran los irritantes aplicados sobre la mucosa gástrica como una de las causas mas eficaces de la gastritis, y por la otra pretenden que el cáncer es una simple consecuencia de una gastritis prolongada. Ya he dicho en el artículo *gastritis* lo que se debia pensar de esta opinion respecto á la produccion de la inflamacion, y pronto veremos si la influencia de esta inflamacion está tan demostrada como han creido los autores de que se trata.

Si ahora examinamos bajo este punto de vista los hechos que he reunido, vemos que solo dos sugetos tenian *costumbre de usar bebidas alcohólicas* tomadas en gran cantidad, mien-

(1) *Précis analyt. sur le cancer de l' estomac*, etc.; Paris, 1824.

tras que nada de esto se dice respecto á los otros, y que en cuatro se espresa positivamente que de ningun modo habia existido esta causa. Finalmente, dos sugetos nunca ó casi nunca habian infringido *sus hábitos de sobriedad*. Por consiguiente es manifiesto que solo ideas teóricas indujeron á Broussais á considerar al abuso de las *bebidas alcohólicas*, y principalmente del *aguardiente*, como la causa mas poderosa del cáncer del estómago.

Por el contrario, otros autores han creido que una *alimentacion de mala cualidad*, poco sustanciosa é insuficiente, podia influir en la produccion de la enfermedad; mas aunque este hecho es posible no está demostrado. En las observaciones que he reunido no se hace mencion de estas circunstancias, siendo asi que en dos casos se dice positivamente que los enfermos se alimentaban bien. ¿Tiene la miseria y las *privaciones de todas especies* una verdadera influencia en el desarrollo del cáncer del estómago? Esta es una cuestion que es imposible resolver positivamente. En efecto, todos saben que no es raro observar esta afeccion asi en las clases mas elevadas de la sociedad como en las mas inferiores; pero se ignora completamente la proporcion, y sin embargo esta cuestion es de proporcion. Todo lo que se ha dicho con este motivo es por consiguiente hipotético.

Tambien se ha considerado como causa predisponente el *habitar en grandes ciudades* ó en *ciertos paises*. Entre los sugetos cuyas observaciones he podido consultar, habia algunos que habian vivido muchos años en Paris, otros que se hallaban en él hacia muy poco tiempo, de modo que nada se puede deducir de estos hechos. Cloquet (1) afirma que el cáncer del estómago es frecuente en Normandía, y J. Frank (2) dice que esta afeccion es bastante comun en los estados austriacos, y mucho menos en la Lituania. Seria menester tener numerosos datos para poner fuera de duda estas aserciones, y por desgracia carecemos de ellos.

Tampoco tenemos pruebas acerca de la influencia de la *vida sedentaria*, por lo cual se ha admitido sin razon que los hombres dedicados á los trabajos de bufete estaban predispuestos á la afeccion de que se trata. Otro tanto decimos de la *necesidad de trabajar con el cuerpo inclinado hácia adelante*, como lo hacen los sastres y zapateros.

(1) *Bull. de la Societé de la faculté de méd.*, n.º 7, 1810.
(2) *Patologia interna*, por J. Frank; Madrid.

Los *graves pesares* y las *emociones morales* vivas, frecuentemente repetidas, no pueden considerarse como una causa determinante del cáncer del estómago; pero ¿se puede admitir que obrando por mucho tiempo esta causa, pone á los sugetos en condiciones favorables al desarrollo de la enfermedad? Con este motivo se han citado algunos hechos notables; pero ¿hay seguridad de que en este caso no se ha tomado por relacion de causa con su efecto una simple coincidencia? En las observaciones que he reunido se encuentran dos sugetos que han hecho remontar el principio de su enfermedad á una época en que han esperimentado pesares profundos y prolongados, y el uno de ellos principalmente insistia mucho en este punto, siendo la causa de la enfermedad el haber perdido un hijo.

Seguramente estos hechos merecen sean tomados en consideracion; pero de esto á una demostracion completa hay mucha distancia, y aun quizás se ha mirado como una causa de la enfermedad lo que solo era uno de sus primeros efectos; porque aun cuando sea cierto decir con Barras que el cáncer del estómago no sume á los enfermos en la tristeza tanto como la gastralgia, es cierto que otros muchos sugetos caen en una especie de hipocondría cuando se desarreglan sus digestiones, especialmente al principio de la afeccion cancerosa.

En cuanto al *abuso de los placeres venéreos*, á la *masturbacion* y á las *pérdidas escesivas* causadas por diversos flujos, estas son causas que se han admitido sin ninguna prueba, y en las que por lo tanto no nos debemos detener.

Bayle (1) piensa que el *celibato* es una de las causas del desarrollo del carcinoma del estómago; pero esta asercion no está evidentemente demostrada por los hechos, porque en las observaciones que hemos reunido casi todos los sugetos estaban casados ó vivian conyugalmente y habian tenido uno ó muchos hijos. Solo una enferma habia permanecido vírgen y su enfermedad no empezó hasta los cincuenta y tres años; pero un hecho aislado no tiene evidentemente ningun valor.

Los autores del *Compendio de medicina práctica* han citado, siguiendo á Naumann (2), la opinion de Balling, que pretende que

(1) *Dicc. de ciencias méd.*, art. CANCER.
(2) *Handbuch der medicin. klin.*

el cáncer es *endémico* en un valle inmediato á la Selva Negra; pero al mismo tiempo advierten cuán poco crédito merece semejante opinion que no se halla fundada en hechos.

Réstanos ahora hablar de la *cualidad hereditaria* del cáncer del estómago. Por desgracia no se ha podido tratar esta cuestion por los autores con todo el cuidado necesario. Barras ha referido algunos casos en favor de la herencia de esta enfermedad, y entre otros el siguiente que es muy notable : este autor hizo la autopsia de una señora cuyo estómago estaba evidentemente afectado de cáncer, y ha visto á dos hijos de esta enferma sucumbir por la misma afeccion. Sin embargo, para que se pueda afirmar con él que el germen del cáncer gástrico se ha trasmitido de padres á hijos, seria menester multiplicar las observaciones (1). Con mayor razon debemos considerar como inexacta esta proposicion del mismo autor, que una constitucion deteriorada por los *vicios escrofuloso*, *venéreo*, *artrítico y herpético* predispone al escirro del estómago, y la de Coiter, que pretendia que si no se encontraba en los descendientes de los sugetos muertos del cáncer del estómago un cáncer del mismo órgano, á lo menos se le hallaba en el útero, pechos, testículos, etc.; pero fundándose en simples aserciones no es como se puede establecer la realidad de hechos tan difíciles de comprobar.

Hay una circunstancia peculiar de las mugeres cual es el *estado de menstruacion*, y en efecto, se puede preguntar si los trastornos mas ó menos notables de esta funcion tienen alguna relacion con la produccion del cáncer gástrico; pero se ve bien pronto que no sucede asi, porque solo una de las enfermas interrogadas sobre este punto ha tenido una supresion de las reglas sin ninguna relacion con el cáncer, puesto que este no se ha manifestado hasta muchos años despues, sin que se hubiesen alterado las funciones del estómago en este intervalo.

Hé aqui todo lo que podemos decir acerca de las causas predisponentes. Bien se conoce cuánto queda aun por hacer para resolver las cuestiones que á ellas se refieren, y sin embargo, de cuánto serviria poder conocer las circunstancias que favorecen

(1) P. LUCAS. *Traité physiologique de l' hérédité naturelle ;* Paris, 1850, t. II, p. 691.

la produccion de una enfermedad tan terrible. Por desgracia el cáncer del estómago es una de las afecciones menos bien estudiadas respecto á los antecedentes de los enfermos, y en los artículos en que de ella se trata hallamos mas bien aserciones que resultados de hechos rigurosamente observados. Veamos ahora si existen algunas causas ocasionales evidentes.

2.° Causas ocasionales.

Si nos atuviesemos á los autores no seria dificil indicar un gran número de causas ocasionales del cáncer del estómago; pero si solo se quiere sentar lo que está fundado en la observacion, se ve muy pronto que el número de estas causas es sumamente reducido, y en verdad ni aun se puede admitir una sola sin que quede alguna duda.

Segun J. Frank las *calenturas intermitentes*, y particularmente las que han sido descuidadas ó se han tratado demasiado tarde por la quina, ó en que no se ha hecho uso de este remedio por bastante tiempo, serian una causa eficiente del cáncer del estómago; pero esta es una asercion que carece de pruebas, y que parece mas bien ser desmentida por la práctica de todos los dias.

Siguen despues las *emociones morales vivas;* pero si es cierto que en un corto número de casos indicados mas arriba se ha manifestado el cáncer del estómago despues de largos pesares, nada prueba que jamás haya sido producido con solo las pasiones vivas.

¿Se deberá incluir con J. Frank el *ayuno* entre las causas del cáncer del estómago? Este autor cita un solo hecho en apoyo de esta opinion. Se trata de un eclesiástico que habiendo dicho la misa muy temprano por espacio de veinte años, pudo desayunarse á buena hora, y que en los dos años siguientes se vió obligado á cambiar completamente sus costumbres y á ayunar todas las mañanas á causa de haberse retardado la hora de su misa: poco despues de este cambio se desarrollaron los síntomas gástricos, y se manifestó el escirro. ¿Pero se podrá sacar ninguna conclusion de un hecho aislado, sobre todo cuando millares de ellos prueban lo contrario?

Las mismas objecciones se pueden hacer á las causas si-

guientes admitidas por este autor: el *onanismo*, el *coito poco despues de las comidas*, el *matrimonio* en una edad avanzada, la *supresion de las hemorroides*, *etc*. Admitiendo asi sin pruebas la existencia de una multitud de causas, es como se desacredita la etiologia y se ha hecho de ella un conjunto de proposiciones ridículas.

Tambien se han considerado como predisponentes el *abuso de las bebidas alcohólicas;* pero solo volveré á hablar de esta causa para manifestar en contra de la opinion de muchos autores, que de ningun modo prueban los hechos la influencia de este abuso como causa determinante. Lo mismo sucede con el *abuso de los purgantes*, sea lo que quiera lo que se haya dicho en favor de esta causa (1); pues se han tomado simples coincidencias por relaciones de causa con su efecto, y no se ha notado que el abuso de los purgantes habia podido ser motivado por el estreñimiento mas ó menos pertinaz, que es, como se verá mas adelante, un síntoma del cáncer del estómago.

Tambien se ha incluido igualmente entre las causas *el abuso de los ácidos;* pero los hechos son todavía insuficientes para admitir como demostrada semejante opinion. J. Frank se limita á referir una observacion publicada por Goeritz (2), y las reflexiones que hace este autor sobre este punto. Pues bien, si examinamos esta observacion, hallaremos que solamente se trata de un enfermo que un año antes de su muerte habia hecho un uso inmoderado del *zumo de limon*: pero ya veremos mas adelante al estudiar el curso de la enfermedad, que segun todas las apariencias, era necesario en este caso referir su origen á un año antes por lo menos; y que por consiguiente la enfermedad estaba ya declarada cuando se manifestó deseo de las bebidas acídulas, el cual mas bien se pudiera considerar como un efecto de esta enfermedad que como una causa. Se ha citado tambien un corto número de hechos, en los cuales se ha declarado un cáncer del estómago algun tiempo despues del *envenenamiento por los ácidos*, y principalmente por el *ácido nítrico;* pero estos hechos no son todavía bastante numerosos, ni tan concluyentes para estar autorizado á ver en ellos otra cosa que unas sim-

(1) FICHOT, *Affect. squirrh. du pyl.*, *etc.*, *Bull. de la Soc. méd. d' emul.*, 1805.
(2) *Natur. cur. Ephem.*, cent. VIII, obs. 20.

ples coincidencias. Esta reflexion se aplica en particular al hecho recogido por Bouillaud, y citado por Andral (1).

En cuanto á la *influencia* de los *narcóticos* y de las *preparaciones de plomo*, está todavía, si es posible, menos demostrada que la de las causas que acabamos de indicar.

Aunque no hayamos llegado en esta enumeracion á obtener otra cosa que resultados negativos, me ha parecido necesario presentarla para dar al lector una idea exacta del estado actual de la ciencia en este punto. Veamos ahora lo que nos enseñan las observaciones que he reunido respecto á las causas ocasionales.

Un sugeto sintió los primeros síntomas gástricos el mismo dia en que habiéndose espuesto *en ayunas á un frio muy intenso* sintió una impresion bastante viva. Otros dos acusaban la accion de una *violencia esterna* al nivel de la region del estómago. Pero en uno de ellos, que habia sufrido una caida sobre el hipocondrio derecho, el cáncer no se desarrolló hasta siete años despues. El otro recibió un violento puñetazo en el epigastrio, y los síntomas del cáncer se manifestaron poco despues: mas no tenemos entre nuestras observaciones sino este solo caso que pueda citarse como un efecto de las violencias esternas; pero es preciso añadir que otros autores han citado otros semejantes, y quizás esta es la única causa ocasional cuya existencia se puede admitir, sin embargo de que es un punto que conviene comprobar.

No mencionaré la *repercusion de los exantemas*, ni la *cicatrizacion de las úlceras antiguas*, ni la *supresion de un exutorio*, *etc.*, porque la existencia de estas causas no está realmente fundada en la análisis de los hechos; pudiéndose consultar lo que dice sobre esta materia J. Frank, y la cita que hace de las memorias del doctor Antomarchi sobre los últimos momentos de Napoleon.

Despues de haber espuesto de este modo las causas reales ó supuestas del cáncer del estómago, es inútil decir algunas palabras acerca de las diversas opiniones emitidas sobre la naturaleza de esta enfermedad, ó en otros términos, sobre sus *causas orgánicas*. Un gran número de médicos modernos han preten-

(1) *Clin. médicale*, t. II.

dido que el cáncer del estómago era el resultado de una *inflamacion prolongada* ó una simple *hipertrofia inflamatoria*. Tal era en particular la opinion de Broussais, que no veia en esta afeccion sino una simple gastritis crónica. Andral (1) se ha esforzado en defender esta opinion, lo que ha hecho demostrando que la hipertrofia y la induracion eran una consecuencia natural de la inflamacion del estómago, que la mucosa despues de haber sido el asiento principal de la inflamacion podia volver á su estado normal, dejando debajo de ella una hipertrofia de los tejidos, y que asi era como se formaban especialmente los cánceres que se designan con el nombre de *escirros*. Fundándose sin duda en observaciones incompletas, es como este autor ha sostenido este parecer, que por lo demás ha modificado algo despues. En efecto, ya hemos visto mas arriba que de ningun modo se halla demostrada como causa la existencia de una inflamacion anterior. Los hechos numerosos de gastritis crónica que he citado prueban que la inflamacion puede durar largo tiempo sin degenerar en hipertrofia ni en cáncer.

Mas adelante veremos tambien que esta degeneracion presenta caracteres particulares, que tiene un asiento especial enteramente diferente del de la inflamacion, y que por consiguiente debemos desechar de una manera absoluta la gastritis como causa del cáncer del estómago.

Es evidente que no se debe admitir la analogía que encuentra Chardel entre el escirro del estómago y la *degeneracion tuberculosa* de los demás órganos abdominales, porque en el artículo de *Lesiones anatómicas* se verá de un modo indudable que no es completa esta analogía.

¿Se deberá admitir, como lo hace Prus, que el cáncer es simplemente una *modificacion del sistema nervioso*, á la que se puede dar el nombre de *irritacion cancerosa?* Los hechos estan distantes de confirmar esta opinion. El mayor argumento de Prus es que los vómitos son primero puramente nerviosos y producen la hipertrofia del estómago y particularmente la de la membrana muscular. Pero ya veremos mas adelante que la hipertrofia de la membrana muscular no está solo so-

(1) *Mém. sur les cart. anatom. de la gastrite chronique* (*Répert. d' anat. et de phys. pathol.*, t. I, Paris, 1826).

metida á la influencia de los vómitos, sino que se manifiesta hasta en casos en que han faltado estos vómitos ó cesado durante largo tiempo, y por otra parte, que hay en el cáncer del estómago una lesion que es siempre la misma, que no permite establecer una distancia fundamental entre los diversos casos.

De lo espuesto se deduce que todas las opiniones acerca de la naturaleza de la enfermedad nada nos enseñan de positivo, y es preciso confesar que ignoramos completamente en qué consiste la naturaleza íntima de la enfermedad, y no insistir mas en una discusion que no puede dar ningun resultado útil.

§. III.

SÍNTOMAS.

Generalmente se ha empezado por hacer una distincion entre el escirro del estómago y el cáncer propiamente dicho, y este se hallaria segun este modo de ver caracterizado por la formacion de un tejido encefaloides. Por consiguiente es preciso resolver si habria alguna ventaja en estudiar separadamente, bajo el aspecto de los síntomas, los casos que puedan referirse al escirro, y aquellos en que se puede admitir la existencia del cáncer propiamente dicho. Pero de cualquier modo que se consideren los hechos, se observa que esta distincion de ningun modo es fundada, porque por una parte los síntomas no han sido diferentes en estas dos categorías, y por otra ya veremos que estudiada convenientemente la lesion se presenta con caracteres uniformes, y que solo algunas modificaciones han sido causa de hallar estas diferencias cuando se ha hecho un exámen superficial, por cuya razon comprenderé en la descripcion siguiente el escirro y el cáncer propiamente dicho, con sus diversas variedades.

Invasion. El principio de la enfermedad es en casi todos los casos poco rápido. Solo en uno de los que he reunido se produjo la afeccion casi repentinamente, y es precisamente aquel que he mencionado mas arriba, y en el cual se manifestaron los primeros síntomas despues de la impresion de un frio bastante intenso. En los demás, y aun en aquellos en

que los enfermos atribuian su afeccion á una violéncia esterna, se desarrollaron poco á poco.

El primero de todos es una disminucion mas ó menos notable del apetito, síntoma que se ha observado en todos los casos cuando se ha indagado si existia. Solo una vez là invasion ha sido repentina, y esto sucedió en el caso que acabamos de recordar. Al mismo tiempo se produce un dolor mas ó menos vivo en la region epigástrica, pero no se hace mencion de un modo preciso del sitio de este dolor. En la mayor parte de las veces en que ha sido vivo desde el principio, los síntomas han marchado con gran rapidez. Ya veremos mas adelante que puede faltar el dolor durante toda la enfermedad, y con mayor razon no se manifiesta en todos los enfermos desde el principio: solo ocho veces le he hallado mencionado en las observaciones que he reunido.

Mas rara vez todavía indican los vómitos la invasion de la enfermedad. En efecto, solo los encuentro anotados tres veces entre diez y siete observaciones en las que se ha indagado si habia aquellos, y aun en estos casos no hay seguridad de que se hubiesen presentado desde el principio, pues han podido existir antes ligeros trastornos de las digestiones sin que se hayan apercibido de ello los enfermos. Tambien sucede que se manifiestan frecuentemente trastornos digestivos en los casos en que no se halla sensiblemente disminuido el apetito. En efecto, esto es lo que se verificó doce veces en diez y siete casos, pero nunca han sido dolorosas las digestiones al principio de la enfermedad; antes por el contrario esperimentaban los enfermos una disminucion de los dolores despues de haber comido, quejándose tan solo de un peso ó de una incomodidad mas ó menos considerable. Uno solo tuvo aversion al vino desde los primeros tiempos, pero en los demás no se hace mencion de semejantes síntomas.

Solo al cabo de cierto tiempo es cuando sobreviene la debilidad y un enflaquecimiento mas ó menos notable, sin embargo de que en dos casos se ha manifestado la debilidad en una época cercana á la invasion, y en otros dos ha habido una demacracion bastante perceptible. Este signo era el que se observaba en un caso en que la enfermedad ha seguido su curso rápidamente; pero ya volveré á hablar de esto mas adelan-

te. No se puede atribuir el enflaquecimiento, que sobreviene algunas veces desde el principio, á la existencia de los vómitos que impiden la nutricion. En efecto, si se examinan las observaciones bajo este punto de vista, vemos que los vómitos han coincidido solo tres veces con el enflaquecimiento, que solamente en dos los ha habido sin que hubiese demacracion al principio, y una vez el enflaquecimiento ha hecho desde luego rápidos progresos sin que hubiese vómitos ni diarrea.

Por último, se han presentado el estreñimiento, algunos escalosfrios poco intensos, sensibilidad al frio, dolores de vientre y cierta inquietud; pero en demasiado pocos casos para que se los puedan hacer considerar como síntomas característicos de la invasion, por lo cual me limito á mencionarlos.

Si he creido debia insistir en estos síntomas de la invasion mas de lo que se ha hecho hasta el presente, es porque son de una utilidad indisputable, como se verá mas adelante, para establecer el diagnóstico diferencial entre el cáncer, la gastritis crónica y la gastralgia, que son las enfermedades con que se le pudiera confundir mas fácilmente. Los autores, y particularmente J. Frank, han descrito mezclados unos con otros los síntomas de la invasion y los de la enfermedad confirmada, y de allí sin duda proviene la dificultad que ha habido muchas veces para conocer de un modo positivo la existencia del cáncer. Por lo tanto, importa resumir lo que acabo de decir para hacer de ellos un cuadro fácil de percibir á un solo golpe de vista.

La disminucion del apetito, la dificultad de las digestiones, acompañadas en un corto número de casos de un dolor mediano, y mas rara vez intenso, dan principio á la enfermedad. En el menor número de sugetos se agregan despues á este síntoma vómitos de alimentos, poquísimas veces de bilis, pero no de sangre. El enflaquecimiento y la debilidad se manifiestan muy rara vez, y mucho mas aun el estreñimiento, los escalosfrios, cierta inquietud, etc. En suma, hay casi siempre ligeros trastornos en las digestiones que indican el principio del cáncer.

Síntomas. Los síntomas de la enfermedad confirmada han sido espuestos casi todos detalladamente por los autores, quienes sin embargo no han tenido en sus descripciones toda la exactitud

que era de desear. Asi pues solo estudiando con el mayor cuidado cada uno de los síntomas en particular, es como se puede esperar desvanecer todas las dudas que puedan ocurrir respecto al diagnóstico.

1.° *Trastornos funcionales.* Ya hemos visto anteriormente que el *apetito* se disminuye con frecuencia desde el principio. En diez y ocho casos que he analizado, y en que se fijó la atencion en este síntoma, se ha comprobado su existencia ya durante toda la enfermedad, ya solo en cierta época, en diez y siete sugetos; pero en el décimo octavo se ha conservado hasta el fin, y este es uno de los fenómenos menos notables en una afeccion que altera tan profundamente el estómago. En vano se trataria de esplicar esta escepcion por el estado particular en que se encuentra el órgano despues de la muerte, puesto que en el sugeto de que se trata, existia en efecto una úlcera bastante estensa, y por consiguiente parecia que debia estinguir completamente el apetito, como se verificaba en otros casos absolutamente semejantes.

Por lo demás se encuentra una esplicacion bastante buena de esta especie de anomalía, cuando se considera lo que pasó en otros casos en los que se habia disminuido notablemente y aun perdido completamente el apetito. Efectivamente, hé aqui lo que se observó. Considerando los hechos de un modo general, se ve que la disminucion del apetito hacia progresos sin cesar, pero no se perdió enteramente sino en diez sugetos entre diez y siete, y en cuatro de ellos no se notó este síntoma hasta los últimos dias. En tres de ellos se perdió completamente el apetito hácia la mitad de la enfermedad, pero volvió mas tarde, lo que es una cosa bien notable, para persistir hasta el último momento. En otras dos personas el apetito esperimentó variaciones considerables, de suerte que por espacio de mas ó menos tiempo era bastante bueno, despues sobrevino la anorexia, que era á su vez reemplazada por un apetito bastante grande, y asi sucesivamente hasta el fin. Si á esto agregamos lo que hemos dicho respecto de la invasion, esto es, que el apetito no se hallaba disminuido en los primeros tiempos sino en cerca de una mitad de los sugetos, se verá que no se puede seguir de un modo positivo el curso de la afeccion guiándose por la disminucion del apetito. Sin embargo, es preciso decir que esta disminucion ha sido tanto mas rápida cuanto mayor era la celeridad con que ha seguido su curso la enfermedad.

El *estado de las digestiones* ha fijado principalmente la atencion de los autores, y todos han insistido mucho acerca de los considerables trastornos que se manifiestan durante el curso de la enfermedad, sobre todo en el momento de la digestion. Sin embargo, resulta de los hechos que he analizado, que esta proposicion es quizás demasiado general. En efecto, de los diez y ocho casos en que se ha comprobado el estado de las digestiones, se ve que no eran laboriosas mas que en las dos terceras partes de los enfermos. Los demás no se quejaban de ningun malestar despues de comer, y si sobrevenian síntomas era largo tiempo despues, y no obstante no era menos notable en ellos la pérdida del apetito.

En nueve de estos sugetos no se hicieron muy penosas las digestiones, sino en una época muy adelantada de la enfermedad, es decir, de seis meses á uno ó dos años despues de la invasion, caracterizada por la pérdida del apetito y el enflaquecimento. Tambien se ha observado que ciertos alimentos son ordinariamente mas difíciles de llevar que otros; pero no se puede establecer sobre este punto una regla general. Asi pues tengo á la vista una observacion en que el enfermo, que no podia soportar ni la leche ni el vino, y que vomitaba la sopa, digeria con bastante facilidad patatas y berzas; otro que solo podia digerir legumbres y vino con azúcar, vomitaba la leche y la carne; uno no soportaba el aguardiente, y en otro las bebidas emolientes eran demasiado pesadas: en suma, nada es mas variable que este síntoma. Sin embargo, en general se puede decir que se digieren con mas facilidad la leche, las legumbres, y en una palabra los alimentos ligeros, que los alimentos sustanciosos que se toleran con dificultad ó son arrojados por los vómitos.

Las *sensaciones* que esperimentan los enfermos algun tiempo mas ó menos largo despues de la ingestion de los alimentos, son el peso *epigástrico*, los *agrios* de estómago que en dos sugetos eran únicamente producidos por el vino, los *eructos* unas veces sin olor y otras con olor á huevos podridos (dos casos), una *inchazon* mas ó menos considerable en la region del estómago, y en fin un *abatimiento* mas ó menos marcado.

Los *dolores en el epigastrio* son uno de los síntomas mas frecuentes y mas notables de la enfermedad; pero no se los podria considerar como un signo constante, porque de veintiun casos

que tengo á la vista, y en los que se ha hecho la esploracion con cuidado, dos veces han faltado completamente, una vez solo se han presentado en los tres últimos meses de la enfermedad, y en un sugeto, lo que es bien notable, despues de haber existido desde el principio, han desaparecido para no manifestarse ya. Por mucho que se examinen los hechos para esplicar una diferencia tan estraordinaria, no se llega á obtener ningun resultado, porque no eran diferentes las lesiones en los sugetos que esperimentaron dolores y en los que no los tuvieron. En efecto, entre estos últimos, dos tenian un cáncer ulcerado, y los demás tumores mas ó menos desarrollados.

En esta afeccion asi como en todas las demás es preciso distinguir con cuidado los dolores que se han *desarrollado espontáneamente*, de los que son *provocados por la presion*. Los primeros son mucho mas frecuentes, y en efecto se han presentado diez y seis veces en diez y siete casos, siendo asi que el dolor á la presion solo se ha manifestado diez veces. Los enfermos esplican el *dolor espontáneo*, que es casi siempre vivo, de diferente manera. Unos le comparan á una sensacion urente, otros á retortijones de vientre, otros á una sensacion de frio, y otros en fin á una especie de hervor doloroso. Este dolor que casi siempre tiene su asiento en el epigastrio, se estiende sin embargo muchas veces mas allá, puede rodear la base del pecho, sentirse en los lomos y en la espalda. Cruveilhier es el que principalmente ha insistido en el dolor que atraviesa el pecho y va á resonar en un punto de la espina dorsal. En un sugeto que tengo actualmente á la vista, he podido observar que un dolor de esta especie era debido simplemente á la existencia de una *neuralgia intercostal* independiente del cáncer, puesto que la aplicacion de algunos vejigatorios le habian hecho desaparecer, sin ejercer ninguna influencia (casi no es necesario decirlo) sobre la enfermedad del estómago. ¿Pero sucede lo mismo en los demás casos citados por los autores? Estos dolores parten principalmente de debajo del apéndice xifoides ó bien al nivel del tumor y de alli se irradian á lo lejos.

Ya hemos visto mas arriba que solo en un corto número de casos se manifiestan los dolores desde el principio, y aun es raro que se hagan bastante intensos hasta que hayan trascurrido muchos meses de enfermedad. En ciertos sugetos los dolores espontáneos no se desarrollan hasta la última época,

y á veces solo aparecen en los últimos dias de la existencia. Es sumamente raro que estos dolores una vez declarados no persistan hasta la muerte, y aun vayan aumentando. Sin embargo, en un sugeto en que se habian presentado los dolores espontáneos bajo la forma de retortijones de estómago por espacio de algunos dias, durante el curso del último mes, desapaparecieron bien pronto para no manifestarse ya.

En vista de las razones anteriormente espuestas no es posible atribuir de una manera absoluta á la ulceracion del cáncer el desarrollo de los dolores que acabo de describir. Sin embargo, si se considera que cuando se sienten con mas fuerza es en la época en que probablemente se verifica esta ulceracion, nos veremos inclinados á admitir que la ulceracion contribuye á desarrollarlos. En cuanto á las causas particulares que los producen, se ve que en un caso fue un desarrollo considerable de gas, en otro el trabajo de la digestion, los esfuerzos para vomitar en un tercero, y en los demás enfermos se presentaron sin causa conocida á diferentes horas del dia.

El *dolor á la presion* que como acabamos de ver se manifiesta con menos frecuencia que el espontáneo, es tambien menos vivo; sin embargo se aumenta á veces tanto, especialmente hácia el fin de la enfermedad, que la palpacion del epigastrio causa tormentos atroces. Cuando hay un tumor que se puede reconocer por medio del tacto, se manifiesta el dolor á la presion á su nivel; pero este asi como el dolor espontáneo no se presenta ordinariamente hasta una época bastante avanzada de la enfermedad, y puede desaparecer despues de haber existido mas ó menos tiempo.

Los *vómitos* son en seguida el síntoma mas notable y mas constante, aunque no por esto se deba creer que nunca faltan en esta enfermedad. En efecto, en veintiseis casos en que se indagó con cuidado su existencia, se ha visto perfectamente que han faltado del todo los vómitos en un sugeto, y otro afirmaba positivamente que nunca habia vomitado. Se ha creido que la falta de los vómitos, en los pocos casos en que se observa, tiene una relacion evidente con las alteraciones encontradas despues de la muerte, y que en estas circunstancias permanece dilatado el píloro, y por consiguiente es fácil el paso de los alimentos á los intestinos. En los dos sugetos que acabo de men-

cionar no habia en efecto estrechez del píloro, pero cerca de este orificio habia un engrosamiento notable de las paredes con una úlcera bastante estensa, y bajo este concepto estos casos no se diferenciaban de otros muchos en que hubo vómitos abundantes. Por consiguiente, si bien es verdad que la libertad del orificio pilórico parece ser una circunstancia que libra de los vómitos, no por eso es menos admisible que hay otras causas que no conocemos, y que no se esplican por el estado de los órganos.

Ya hemos visto que era muy raro observar que sobreviniesen vómitos al principio de la enfermedad, y que por lo regular se manifiestan á la mitad de su curso, ó al menos hasta entonces no se repiten con bastante frecuencia para alarmar á los enfermos. Asi pues, en catorce enfermos que al principio no habian tenido vómitos, ó que los presentaron de tarde en tarde, se hicieron hácia el medio de la enfermedad bastante frecuentes para no pasar una semana sin que vomitasen muchas veces, y aun algunos enfermos tuvieron vómitos desde esta época todos los dias, y aun lo verificaron diariamente muchas veces (cinco á seis en un caso).

En casi todos los enfermos los vómitos van en seguida aumentando de frecuencia, de suerte que hácia el fin de la enfermedad se repiten una ó muchas veces al dia. Sin embargo, esta regla no carece de escepciones; en efecto, hay sugetos que despues de haber tenido numerosos vómitos por espacio de mucho tiempo, los ven cesar en los últimos dias, y aun en los tres ó cuatro últimos meses, y otros en que cesan y se reproducen sin que se pueda saber la causa.

Es muy curioso investigar cuál es la relacion que existe entre el estado del píloro y esta frecuencia de los vómitos, por lo cual vamos á examinar lo que resulta de las observaciones. En los veintiseis casos que he citado mas arriba, ha habido como he dicho ya, dos en que no aparecieron vómitos; por consiguiente quedan veinticuatro en que sí se presentaron. Pues bien, en veinte de estos se hallaba el píloro estrechado de una manera notable, y sobre todo en cuatro de ellos, y si se examina cuál era la frecuencia de los vómitos, se ve que en cinco fueron muy repetidos al fin de la enfermedad, y que tres veces por el contrario han sido siempre muy raros. Esto es lo que se verificó

en un sugeto entre otros, cuyo píloro solo tenia unas cinco líneas de diámetro; pero en otros cuatro casos, habiendo sido destruido el píloro en mayor ó menor estension por una úlcera notable por su magnitud, hubo vómitos frecuentes en tres enfermos, y faltaron por el contrario en el otro. Por último, una estrechez considerable del píloro no ha impedido que estos vómitos, que habian sido muy frecuentes hácia el medio de la enfermedad, hayan cesado cuatro meses antes de la muerte para no volver á presentar mas. Bien se conoce que estos hechos estan lejos de hallarse en armonía con las opiniones generalmente admitidas, y prueban la verdad de lo que he sentado hace poco, es decir, que el obstáculo que opone el píloro no es la única condicion apropiada para producir los vómitos.

Si examinamos ahora diez y ocho casos en que ha habido *ulceracion*, veremos que no se pueden hacer deducciones mas exactas bajo este punto de vista. En efecto, no se habrán olvidado los dos casos en que nunca ha habido vómitos, á pesar de que habia una úlcera estensa, y además haré notar que en un sugeto solo hubo poquisimos vómitos, aunque la ulceracion era profunda. Sin embargo, no es menos digno de notar que en todos los demás (en quince) los vómitos se han hecho de cada vez mas frecuentes hasta el fin de la enfermedad, es decir, que han aumentado á medida que la ulceracion hacia progresos, hasta que por último en los mas de los casos, se han hecho tan numerosos que se repetian muchas veces al dia. Por consiguiente, si hay alguna lesion qne coincide mas particularmente con el vómito es la ulceracion, aun cuando destruya la válvula pilórica, y facilite asi en apariencia el paso de los alimentos del estómago á los intestinos.

Estos resultados de los hechos no estan del todo conformes con la opinion general de que la causa principal de los vómitos consiste en la estrechez del píloro; por lo tanto importaba insistir en ellos, á fin de llamar la atencion de los observadores sobre este punto demasiado descuidado.

Las *materias vomitadas* varian en muchos casos, segun la época de la enfermedad: asi pues hemos visto que al principio eran *alimenticias*, y mucho mas rara vez, y por decirlo asi accidentalmente, una pequeña cantidad de *bilis*. En una época mas adelantada de la enfermedad se vomitan tambien bebidas y ali-

mentos, pero se agregan en un gran número de casos vómitos *de flema* y *regurgitaciones agrias* en los intervalos. Además, en esta época avanzada de la enfermedad, se ven á veces sobrevenir *vómitos negruzcos*, que se han comparado al hollin desleido en agua ó á los posos del café, y que se miran como característicos de la afeccion cancerosa. En las observaciones que he reunido solo siete veces en veintiseis casos se presentaron estos vómitos negruzcos ó de color de hollin desleido; de lo cual se deduce que si es importante la existencia de este síntoma para el diagnóstico, no puede ayudar al observador sino en un corto número de casos. En otro sugeto los vómitos tenian un *color marcado de hoja seca*. La materia de estos vómitos negros está siempre mezclada con cierta cantidad de alimentos, bebidas ó mucosidades, y cuando se las deja aposar, depositan en el fondo del vaso un polvo negruzco, y esto es lo que ha hecho comparar el líquido á los posos del café.

Se ha discutido mucho acerca de la naturaleza de esta materia negra, pero en el dia se conviene en que se halla constituida por la presencia de sangre alterada en la materia de los vómitos; pero ya volveremos á hablar de este punto al tratar del diagnóstico. Entretanto sentemos aqui que de ningun modo han coincidido los vómitos negros con la ulceracion de las paredes del estómago.

Los *vómitos de sangre pura* se han considerado tambien como síntomas del cáncer del estómago; pero en las observaciones que he recogido solo dos veces ha habido vómitos de esta especie.

En uno de estos casos el enfermo arrojó una materia agria, parda, de color de chocolate, y el estómago se hallaba profundamente ulcerado: sin embargo, no se encontraron las arteriolas abiertas en la úlcera.

No son menos raros los *vómitos biliosos*, puesto que no se han manifestado sino tres veces muy de tarde en tarde, y en casos en que los vómitos de alimentos, bebidas y materias pardas eran mucho mas notables. Este hecho merece notarse, porque es muy importante para el diagnóstico del cáncer y de la gastritis crónica.

Ordinariamente los diversos vómitos de que hablamos no se verifican hasta *cierto tiempo despues de la comida*; algunas ve-

ces se presentan un cuarto de hora despues, pero otras los enfermos no vomitan los alimentos sino veinticuatro, treinta y seis horas y aun mucho mas tiempo despues de haberlos tomado, pudiendo haber grandes variaciones en el mismo individuo. Tambien se ha observado en algunas ocasiones que se verificaban los vómitos *inmediatamente despues de la ingestion* de una corta cantidad de alimentos, y este vómito tan rápido se ha atribuido en ciertos casos á la alteracion mas ó menos profunda del cardias. En efecto, ya hemos visto en el artículo *Estrechez del esófago*, que cuando el cáncer ocupa la parte inferior de este conducto, se presentan los vómitos con los caracteres que se acaba de indicar; pero puede suceder lo mismo en circunstancias diferentes. Asi es que un sugeto que vomitaba la sopa á medida que iba comiéndola, no presentaba estrechez del cardias, ni del esófago, sino solo una mediana estrechez del píloro sin ninguna ulceracion. Por lo demás este síntoma fue muy poco duradero.

En un principio los vómitos exigen siempre *ciertos esfuerzos* de parte del enfermo, que muchas veces son muy penosos; pero sucede en algunos que se arrojan las materias contenidas en el estómago sin ningun esfuerzo y como por regurgitacion. Esto es lo que se verificó en dos de los casos cuyas observaciones he reunido, y en que existia la ulceracion de la corvadura menor sin estrechez del cardias y del píloro. Por lo demás, solo aparecen semejantes vómitos en los últimos dias de la enfermedad.

Todos los autores han notado *esa preferencia que da el estómago á ciertos alimentos*, y de la cual ya hemos hecho mencion al hablar del desarreglo de las digestiones, por lo cual me bastará añadir aqui que muchas veces se vomitan los alimentos mas ligeros, al paso que se llevan perfectamente otras sustancias que generalmente se tienen por muy indigestas.

En *cuanto á las circunstancias en que se efectúan los vómitos*, hay algunas que merecen se pare la atencion en ellas. En un sugeto eran provocados por la menor emocion moral; otro no podia retener los alimentos en el estómago sino conservando la inmovilidad mas absoluta despues de haber comido, pues si queria hacer un movimiento vomitaba todo lo que acababa de tomar, y si podia permanecer inmovil no se verificaba el vómito hasta el dia siguiente; en fin, otro enfermo no podia acostarse

del lado derecho sin vomitar inmediatamente: sin embargo, este hecho no es propio del cáncer. Todos los dias se ve en otras afecciones notables por los vómitos frecuentes que hay en ellas, que la inmovilidad tiene los mismos resultados, siendo asi que el menor movimiento provoca la espulsion de las materias contenidas en el estómago.

Ya hemos visto en el artículo *Dilatacion del estómago* que en esta afeccion podian acumularse las bebidas y los alimentos durante uno ó muchos dias, y despues ser arrojados en un estado de alteracion mas ó menos marcada. Esto supuesto, es casi inútil añadir ahora que lo mismo sucede en los casos de cáncer del estómago, puesto que como he hecho notar, se manifiesta principalmente la dilatacion morbosa en el cáncer de este órgano.

Casi siempre preceden á los vómitos *náuseas* mas ó menos incómodas, pero es mas raro observar este síntoma en los intervalos. Solo cinco enfermos se quejaron de náuseas mas ó menos molestas, y uno de ellos habia observado que eran escitadas por la mas corta cantidad de tisana, lo que le impedia apagar la intensa sed que sufria.

2.° *Tumor en el epigastrio.* En ciertos casos se puede reconocer por medio de la *palpacion* la existencia de un tumor, que es uno de los caracteres mas importantes de la enfermedad, y por lo mismo es indispensable detenernos en este signo.

Solo se ha indagado su existencia cuidadosamente en diez y siete de los casos que he reunido, y en doce se ha comprobado que habia un tumor bien determinado, cuyo *asiento* varía, pero que con mas frecuencia que en ninguna otra parte se le encuentra á corta distancia del ombligo ó á su misma altura. En casi todos los casos de que acabo de hablar aparecia el tumor circunscrito á la derecha y un poco encima del ombligo. En un corto número se manifestaba á 3 ó 4 centímetros (15 ó 20 líneas) debajo del apéndice xifoides, en la direccion de la línea blanca y algo á la derecha, y solo dos veces estaba situado en el lado izquierdo. Por lo demás, cualquiera que sea el lado en que esté situado, sube ordinariamente hácia las costillas falsas; pero es raro que se introduzca debajo de ellas, circunstancia que constituye un hecho que se debe comprobar, porque puede servir para el diagnóstico, dando á conocer que el tumor no está formado á espensas de los órganos contenidos en los

hipocondrios. Sin embargo, he visto un caso en el que se habia cometido semejante equivocacion. Es cierto que el tumor existia á bastante distancia de la línea media y en el lado izquierdo, lo que está lejos de ser comun; pero esta no era una razon para tenerle por un tumor del bazo, como se habia hecho, porque su borde esterno terminaba á dedo y medio de las costillas falsas, lo que no se hubiera verificado si húbiera estado formado por el bazo.

El *volúmen del tumor* es bastante variable: unas veces no escede al de un huevo de paloma y otras iguala al de un puño como en algunos de los casos que he reunido. Cuando es poco voluminoso parece *superficial*, y algunas veces cuando está inmovil parece que se ha desarrollado en las paredes abdominales. Su *superficie* es por lo regular desigual y ligeramente abollada, y si algunas veces produce una sensacion de blandura al tacto, las mas se presenta *resistente* y *dura*. En dos casos ofrecia la notable circunstancia de que parecia dividido el tumor en dos partes por una *depresion* bastante marcada, y á pesar de esto no se encontró en la autopsia ninguna division ostensible en la induracion de las paredes del estómago; es verdad que no se dice en la observacion si habia existido la depresion hasta el fin.

Otro carácter muy digno de tenerse presente, aunque no se observa sino en un corto número de casos, es que el *tumor cambia á veces de lugar de un dia para otro;* un dia se le encuentra á la derecha de la línea media, al siguiente á la izquierda, repitiéndose estas variaciones durante mucho tiempo. Semejantes variaciones solo se efectúan cuando hay una dilatacion considerable del estómago, y son debidas á la replecion de este órgano, y á los vómitos que hacen que el tumor se dirija asi de un lado á otro. Cuando se halla el estómago lleno de líquido, como su fondo baja á la parte inferior del abdómen, atrae hácia sí y abajo en el lado izquierdo la porcion pilórica en que se encuentra el tumor; despues cuando se ha vaciado el estómago por los vómitos, y sus partes han recobrado su situacion natural, el tumor vuelve al lado derecho, y asi sucesivamente. Estos hechos se han comprobado en dos observaciones recogidas por Louis.

En un sugeto en que no existia semejante variacion, pero en que parecia que el tumor *flotaba en un líquido*, fue difícil

esplicar este fenómeno despues de la muerte, porque no habia derrame abdominal ni estaba voluminoso el estómago.

Esta movilidad del tumor anuncia, además de la dilatacion del estómago, que el órgano está libre de adherencias, y que el epiplon gastrohepático no ha sido invadido por el cáncer, porque se necesitan estas circunstancias para que se pueda verificar la traslacion del tumor de un lugar á otro. Ya hemos visto anteriormente que al nivel de este tumor ó á sus lados era donde se percibia el dolor espontáneo. Sin embargo, este tumor no es por sí mismo, fuera de alguno que otro caso, muy doloroso á la presion, y aun en algunas ocasiones es enteramente indolente. Algunas veces se pone tan duro el vientre, que el tumor que antes se podia percibir fácilmente no se puede distinguir ya por el tacto, como sucedió en uno de los casos que he analizado.

Carecemos de suficientes observaciones para decir de una manera exacta en qué época de la enfermedad se manifiesta el tumor supra umbilical; solo en un corto número de casos está probado que no apareció hasta los últimos meses.

Algunas veces se observa en lugar de tumor una *resistencia uniforme* mas ó menos estensa, que ocupa casi el mismo sitio que aquel, y entonces no se encuentra abolladora ni durezas notables, ni hay esta movilidad que acabamos de indicar. En los casos de esta especie, el engrosamiento del estómago es estenso, y por decirlo asi, en masa, y no forma una tumefaccion circunscrita; pero en ciertos sugetos no se puede descubrir ninguna especie de tumor por el mas atento exámen.

3.° *Forma del vientre.* No merece llamar menos nuestra atencion la *forma del vientre*, pues en un corto número de enfermos solo presenta un aumento general del volúmen sin ninguna prominencia particular, que es lo que se ha observado en cuatro casos de los que he reunido. En otros menos numerosos todavía solo se nota la prominencia que forma el tumor, y en todos los demás puntos el vientre se halla retraido ó conserva su configuracion natural; solo en un sugeto fue constantemente normal hasta el fin de la enfermedad.

Pero en otros casos (seis entre diez y seis) se observó una *forma* particular del vientre que debe fijar nuestra atencion. En efecto, el *estómago* mas ó menos abultado de volúmen, se

marca visiblemente en las paredes abdominales. Entonces hay una dilatacion de este órgano, tal como se ha descrito en el artículo precedente, y en todos los casos en que se la ha reconocido existia una estrechez marcada del píloro, escepto en uno solo, en el que no habia otra cosa que una úlcera profunda. Me limito á indicar aqui estos hechos porque me remito á lo que he dicho mas arriba, en el artículo *Dilatacion del estómago*, respecto á la esplicacion que se puede dar de ellos y á los síntomas propios de este estado. Algunas veces sobreviene hácia el fin de la existencia de los pacientes un mediano *meteorismo*, que hace desaparecer en mayor ó en menor parte las prominencias de que se trata.

4.° *Resultados de la percusion.* Practicando la *percusion* en la region epigástrica se percibe ya un sonido á macizo ó un sonido oscuro al nivel del tumor canceroso, al paso que debajo y á los lados da un sonido claro producido por los gases contenidos en el estómago y en los intestinos. Segun Piorry, se podria por medio de la percusion reconocer el sonido á macizo que da un tumor desarrollado en la pared posterior del estómago, estando sana la pared anterior, pues bastaria para lograrlo deprimir la pared del abdómen hasta llegar asi lo mas cerca posible al tumor. Pero no se sabe en qué hechos se apoya este autor para aventurar semejante proposicion, porque no hay un solo caso de cáncer bien estudiado en que se haya limitado el engrosamiento del estómago á la pared posterior, pues siempre han sido invadidas la corvadura menor y aun una parte de la pared anterior.

Tambien se puede reconocer por medio de la percusion la distension del estómago de que acabamos de hablar; pero como ya hemos tratado largamente de esta materia mas arriba, nada tenemos qne añadir aquí (1). Otro tanto diré de los ruidos de *gluglu* ó de gorgoteo producido por el *traqueteo* comunicado al abdómen, y de la *fluctuacion oscura* que se puede producir algunas veces.

5.° *Síntomas que presenta el resto del conducto digestivo.* Tales son los síntomas que se pueden designar de un modo general con el nombre de síntomas locales. Si examinamos ahora

(1) Véase *Dilatacion del estómago.*

los que se manifiestan en los demás puntos del conducto digestivo, hé aqui lo que encontramos: la *lengua* está ordinariamente pálida y húmeda, á veces se pone seca, roja, negra y costrosa; pero solo al fin de la enfermedad, en los últimos dias, es cuando se desarrolla una inflamacion que tiene casi su asiento en las vias respiratorias, inflamacion que concluye con la existencia. En los casos en que no sobrevienen estas complicaciones, no es raro ver que continúa la lengua en un estado normal hasta el fin, ó presenta solo una ligera capa blanquecina ó agrisada y algunas viscosidades. En el último período del cáncer del estómago, asi como en las demás enfermedades, se manifiestan algunas veces el *muguet* y la *estomatitis seudomembranosa*, como hemos indicado ya en los artículos dedicados á estas dos afecciones, bastándome solo añadir aqui que se han presentado en dos sugetos. Por último, en un corto número de casos la *boca* está pastosa y amarga, pero solo durante cierto tiempo, de suerte que nada hay en esto que sea propio de la enfermedad que nos ocupa.

Por lo comun no hay *sed*, á no ser en algunos sugetos hácia el fin de la enfermedad, sobre todo cuando se desarrolla la calentura y sobreviene una complicacion de una afeccion inflamatoria. En los casos que he reunido no se ha observado el deseo de bebidas frias y acídulas que han indicado algunos autores, y aun uno de estos sugetos no queria tomar sino bebidas tibias y mucilaginosas.

La *deglucion* es ordinariamente fácil; sin embargo, solo en dos casos era dolorosa, y en ellos el cáncer se estendia hasta el cardias, aunque sin afectar mucho al esófago; pero se encuentran en los autores ejemplos de cáncer del estómago que se propagaban en mayor ó menor estension de este conducto, y entonces hay dificultad en la deglucion con los demas síntomas que he espuesto en el artículo *estrechez del esófago*. No hace muchos dias que he hecho la autopsia de un hombre que sucumbió á consecuencia de un cáncer de la corvadura menor con dos úlceras próximas la una al píloro y la otra al cardias, y á pesar de que cubria una falsa membrana la mitad inferior del esófago, la deglucion fue libre y fácil, circunstancia que hace muy notable este hecho. Durante casi todo el curso de la enfermedad son habitualmente escasas las *deposiciones de vien-*

tre, y hay estreñimiento mas ó menos pertinaz; pero es frecuente ver sobrevenir la diarrea hácia los últimos meses ó á lo menos en los últimos dias. En efecto, en trece sugetos sucedió asi, y cinco tuvieron cámaras sumamente numerosas y aun involuntarias poco antes de morir, y solamente en uno fueron sanguinolentas, y coincidieron con un vómito de sangre.

6.° *Aspecto esterior*. Se ha insistido mucho sobre el color general, el estado de la cara y el enflaquecimiento que se observa en los sugetos afectados de cáncer del estómago, signos todos de cuyo exámen me voy á ocupar ahora.

Por lo comun no presenta la *cara* alteraciones muy notables en los primeros tiempos de la enfermedad, pues en esta época se halla en su estado natural ó solo presenta alguna languidez y palidez que no se nota si se ve al enfermo todos los dias. Algunos sugetos conservan este estado natural ó casi natural del rostro hasta los últimos dias, á lo menos hasta el último mes. No sucedió asi en cinco casos entre diez y seis en que se fijó bien la atencion en el estado de la cara. En los demás sugetos sobrevino hácia el medio de la enfermedad, ó en los tres ó cuatro últimos meses, una alteracion notable. La cara tenia un color amarillo bajo, algunas veces estaba pálida, otras atezada, de color de aceituna ó parduzco, ó solamente muy pálida. Cualquiera que sea el color de la cara, no participan de él las escleróticas, pues estan blancas ó tienen un color azulado cuando estan muy demacrados los tejidos. Se ve pues por lo que precede, que el color amarillo ó amarillo térreo que se ha dado como un carácter de las afecciones cancerosas, está lejos de presentarse constantemente, y que seria inútil buscarle al principio de la enfermedad. Sin embargo, se han citado algunos casos en que ha presentado la cara desde los primeros momentos una alteracion considerable, lo cual se observa cuando la enfermedad marcha con gran rapidez; pero estos hechos son muy raros.

Estas alteraciones hacen espantosos progresos en los últimos dias de la enfermedad, y son tanto mas notables cuanto mas natural haya permanecido el rostro. Llegada esta época se ven que de un dia para otro se afilan las facciones, se hunden las mejillas y se pone la piel atezada y aun negra, como sucedió en un sugeto cuya observacion tengo á la vista.

El *enflaquecimiento* del rostro hace sin cesar progresos, y cuando ha llegado la enfermedad á un grado avanzado, es muchas veces tal que la piel parece pegada á los huesos, y al menor movimiento de los músculos presenta numerosas arrugas. Se observa principalmente semejante aspecto del rostro cuando los vómitos se hacen cotidianos y numerosos. Sin embargo, no por eso se ha de creer que el vómito de los alimentos y la falta de digestion que es su consecuencia, sean necesarios para producir una demacracion considerable, pues se ha notado este signo en sugetos que vomitaban rara vez, y bastan para ocasionarle la pérdida mas ó menos completa del apetito, una alimentacion insuficiente, y tambien la influencia de la degeneracion cancerosa en el organismo en general.

Fuera de los momentos en que se sienten los dolores espontáneos, rara vez tiene la cara una espresion de *sufrimiento*, y mas bien revela languidez, fatiga y abatimiento. Algunas veces solo se halla marcada en ella la tristeza, pero puede tambien conservar su natural alegría, como sucedió en un caso observado por Louis.

El *color general* está en relacion con el de la cara, aunque no es tan marcado. Asi pues nunca se ha visto en el cuerpo el color atezado ó negro que tenia aquella; pero algunas veces tienen el tronco y miembros un ligero color aceitunado como el que se ha indicado mas arriba.

El *enflaquecimiento del cuerpo* sigue igualmente los progresos del de la cara, y asi como este, es muy notable principalmente en los últimos tiempos cuando se hacen muy abundantes los vómitos. Entonces es cuando se ve que algunos sugetos pasan en pocos dias de una mediana gordura á un marasmo manifiesto; fenómeno que se observa en todos los enfermos que sucumben de cáncer del estómago, á no ser que les arrebate una afeccion intercurrente. La demacracion es muchas veces tan considerable en los últimos dias y aun en las últimas semanas, que los enfermos parecen verdaderos esqueletos. En los sugetos que tienen una dilatacion considerable del estómago, el abultamiento del vientre que es consiguiente hace resaltar mas la estremada demacracion de los miembros y

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2.ª edicion; Paris, 1843.

de la cara. Este enflaquecimiento comparado por Louis con el de otras afecciones crónicas es por lo general mas considerable, y lo que confirma esta proposicion es que se encuentran en la autopsia los vasos mas contraidos y el corazon mas pequeño que en ninguna otra enfermedad.

7.° *Síntomas generales.* Durante mucho tiempo no se observan síntomas generales dignos de llamar la atencion. El pulso continúa en estado normal, ó es notable por su lentitud, y lejos de presentar los enfermos un calor febril, se ve por el contrario una disminucion de la temperatura, sobre todo en las estremidades: casi nunca sobrevienen cambios hasta los últimos dias, ó á lo mas en el último mes. El pulso se pone debil, pequeño, algunas veces imperceptible; en ciertas ocasiones es notablemente acelerado, pero entonces un exámen atento da á conocer que ha venido una nueva afeccion á complicar la enfermedad principal. Esto es á lo menos lo que sucedió en los casos cuyas observaciones he reunido, siendo las vias respiratorias el asiento de esta nueva enfermedad. En los demás casos el pulso jamás ha pasado de cien pulsaciones ni aun en los últimos momentos, y nunca ha sido irregular ni intermitente, escepto en un sugeto que tenia á la vez enfisema pulmonar y pleuroneumonía.

El *estado de la respiracion* es todavía de menor importancia. En efecto, ha permanecido normal, sino es durante la agonia, ó en una época muy cercana á ella, en los sugetos que no presentaron ninguna complicacion de enfermedad de las vias respiratorias. Jamás se ha observado la *tos gástrica* indicada por algunos autores, porque siempre que la ha habido, esplicaba perfectamente su existencia el estado de los pulmones.

No es raro ver sobrevenir cierto grado de *edema* que por lo general aparece en los tres ó cuatro meses que predecen á la muerte, rara vez antes, y en algunas ocasiones mas tarde; edema que empieza por los pies, sube por el resto de los miembros inferiores, se estiende despues á las manos y por último al tronco. Algunas veces persiste durante mucho tiempo en las piernas antes de estenderse á las demás partes; pero es raro que haya un derrame ni aun mediano en la cavidad abdominal. Siete sugetos cuyas observaciones he analizado han presentado este edema, que solo se puede esplicar por una alteracion de la san-

gre que no se conoce bien. Sin embargo, se han citado algunos hechos en que se refiere el edema de las partes inferiores á una compresion de las venas abdominales por tumores cancerosos; y aun se ha visto que la materia cancerosa penetraba en estas venas, habiéndose estendido la afeccion á mayor ó menor distancia de su sitio primitivo. Finalmente, se ha encontrado una inflamacion adhesiva de las venas próximas al cáncer. En cuanto á la *orina*, como no se la ha examinado lo bastante, nada se puede decir de positivo.

Nunca se ha observado la *cefalalgia* hasta los últimos dias de la enfermedad, á no mediar alguna complicacion. Tambien permanece íntegra la *inteligencia* hasta los últimos momentos, y no se pueden atribuir los trastornos que presenta asi como las alteraciones de la vista, sino á la agonía ó al desarrollo de afecciones intercurrentes. Por consiguiente no encontramos en esta enfermedad ninguno de los síntomas simpáticos que se dice pertenecen á todas las enfermedades del estómago.

Igualmente al fin de la enfermedad es cuando sobrevienen la *ansiedad* y el *insomnio*, que no aparecen sino en algunos sugetos, y que nunca llegan á alto grado. *El estado de las fuerzas* está en razon directa del enflaquecimiento, y como en él unas veces la debilidad hace progresos lentos pero contínuos, que es lo mas comun, y otras despues de muchas variaciones, las fuerzas que por lo general se habian sostenido bastante bien, decaen de pronto y á ellas sucede el abatimiento mas profundo.

Tales son los síntomas del cáncer del estómago de cuya descripcion, tal como la acabamos de hacer, puede sacarse el cuadro siguiente que dará á conocer el aspecto de esta afeccion. Lo primero que se observa son trastornos manifiestos de la digestion; los enfermos esperimentan despues de comer un peso incómodo en el epigastrio, y algunos un mediano dolor; suelen tener eructos ácidos de olor á huevos podridos, ó sin sabor y sin olor, y mas rara vez algunos vómitos que aparecen con largos intervalos; en fin, disminuye el apetito, pero sin que haya aversion á los alimentos, y existe un estreñimiento mas ó menos pertinaz. Sin embargo, no estan muy abatidas las fuerzas, el aspecto esterior nada tiene de notable, y el estado de la circulacion es normal, ó bien se observa una disminucion en la frecuencia del pulso.

Mas adelante aparecen los vómitos ó se hacen mas frecuentes si existian ya. Algunas veces se verifican algun tiempo despues de comer, y con frecuencia doce, veinticuatro y treinta y seis horas despues y aun mas. Las materias vomitadas estan formadas de bebidas, alimentos y flemas, y rara vez de bilis. El epigastrio se pone dolorido, y con frecuencia se percibe en él un tumor característico, á veces se dilata el estómago, el vientre toma una forma particular debida á la prominencia de este órgano que se marca al través de las paredes; hace progresos el enflaquecimiento, y la cara toma poco á poco un color amarillento, que se estiende á lo restante del cuerpo. Las fuerzas decaen, la languidez y la estenuacion se aumentan y el pulso es cada vez mas lento; se enfrian las estremidades y sobreviene el edema.

Finalmente, en los últimos tiempos se exacerban estos síntomas, y entonces es cuando se observan vómitos contínuos, que se verifican sin esfuerzo y como por regurgitacion; las materias vomitadas son con frecuencia negruzcas, como hollin desleido, etc.; el marasmo llega rápidamente al mas alto grado, el pulso se pone pequeño, débil y algunas veces acelerado durante la agonía, pero no antes á no ser que sobrevengan complicaciones, que se manifiestan principalmente en las vias respiratorias, que no presentan ningun síntoma en semejante caso sino durante la agonía. En estos últimos momentos es cuando se pierde la inteligencia, y los enfermos sucumben aniquilados por tantos padecimientos, viniendo á acelar la muerte en ciertos casos una *perforacion del estómago.*

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Habiendo casi trazado en el cuadro precedente el *curso* del cáncer del estómago, me queda solo por decir que este curso varía bastante segun las circunstancias. En ciertos sugetos es notable por su rapidez, y se ve que desde el primero ó dos primeros meses se manifiestan todos los síntomas principales: anorexia, trastorno de las digestiones y vómitos que se hacen muy pronto frecuentes. En otros, por el contrario, no apare-

cen los síntomas característicos hasta despues de haber padecido largo tiempo desarreglos digestivos, y entonces la enfermedad sigue por lo regular un curso mas agudo. Si se quiere una prueba de lo que siento aquí, se la hallará en las siguientes consideraciones: unas veces han aparecido los vómitos desde el principio, y otras no se han manifestado si no al cabo de veintidos meses y aun de tres años de enfermedad; algunos enfermos se han visto obligados á suspender su trabajo y aun á ponerse en cama á los dos ó tres meses, y otros solamente lo han verificado al cabo de un espacio de tiempo que ha variado entre ocho, diez y veinte meses; iguales resultados obtendríamos si se estudiasen los demás síntomas bajo este punto de vista.

En un corto número de sugetos el curso de la enfermedad es notable por sus variaciones, pues se ve que los principales síntomas y sobre todo los vómitos, se suspenden durante un tiempo mas ó menos largo, para volver mas tarde y suprimirse de nuevo. En un enfermo que se vió precisado á hacer la travesía de Argel á Tolon, se suspendieron durante toda ella los vómitos que tenia diariamente, y se reprodujeron asi que puso el pie en tierra; hecho que á la verdad es bastante notable. Por lo demás no es dificil, aun en los casos en que la enfermedad tiene al parecer un curso variable, convencerse de que hace progresos sin cesar. En efecto, es muy raro que se recobren las carnes, aunque sean pocas, y se ve que los enfermos se desmejoran de cada vez mas, hasta que vienen síntomas violentos á acelerar de nuevo los progresos del mal.

En vista de lo que acabo de manifestar se puede inferir cuánto debe variar la *duracion* de la enfermedad. El mínimum de esta duracion (1) ha sido de cuatro meses en los veintitres casos en que se ha fijado la atencion con cuidado en ella, y el máximum de cuarenta y dos meses ó tres años y medio. En algunas ocasiones es muy dificil fijar esta duracion de una manera exacta, porque suele ser infiel la memoria de los enfermos; pero en los casos que acabo de citar se tomaron todas las precauciones para llegar á obtener un resultado seguro, y á lo menos no debemos dudar de la mucha va-

(1) He hallado un caso en que la duracion ha sido solo de dos meses; pero no me ha parecido que se halla bien fijada la época de la invasion.

riedad que pueden presentar los diversos casos de cáncer del estómago, respecto á la duracion. Entre los sugetos de que acabo de hablar, siete han estado enfermos por espacio de mas de un año, tres han sucumbido un año despues de la invasion y todos los demas (quince) murieron antes de este tiempo. Estos hechos á los que es de desear que se agreguen otros tan exactos como ellos, manifiestan que aunque el cáncer del estómago sea una enfermedad esencialmente crónica, sin embargo, no se debe esperar que se prolongue la vida mucho mas de un año cuando los síntomas son bien manifiestos. Por último, en cuanto al término medio general de la duracion ha sido en estos casos de quince meses y una fraccion.

En las demas observaciones cuya análisis acabo de dar, se ha *terminado* la enfermedad por la muerte. ¿Se deberá considerar al cáncer del estómago como una enfermedad esencialmente mortal? Muchos autores creen lo contrario, y hay algunos que han citado ciertos hechos que al parecer vienen en apoyo de su opinion. Hace muy poco todavía que Barras se ha esforzado en demostrar la curabilidad de esta enfermedad; pero es menester decir que los hechos citados por este autor y por los que le han precedido, estan lejos de ser concluyentes. En semejantes casos es cuando se deberian referir las observaciones con los mas estensos pormenores, y precisamente las que se han citado en favor de su opinion no tienen los caracteres necesarios para convencer. En un caso se dice que Dupuytren reconoció por el tacto un infarto del píloro; pero ya se sabe cuán difícil es reconocer el estado del píloro cuando no hay ningun tumor circunscrito, y nada prueba que en este caso, que por lo demás no se hallaba caracterizado mas que por dolores lancinantes y vómitos inmediatamente despues de haber comido, el píloro presentase verdaderamente un tumor canceroso. En otro sugeto se encontró un tumor hácia el fondo mayor del estómago, lo que no es lo mas comun; pero aun admitiendo que este tumor perteneciese al estómago, este hecho nada probaria en favor de la curabilidad, puesto que no hubo curacion sino un simple alivio que ha podido muy bien no ser mas que pasajero. Respecto á las consideraciones que se sacan de la curacion de los demás cánceres, solo tienen un valor secundario y exigirian una discusion en que no puedo entrar aqui.

En suma podemos decir que de ningun modo se halla demostrado que el cáncer del estómago se haya terminado nunca por la curacion.

Con mucha frecuencia á una flegmasia de las vias aéreas viene, como se ha dicho ya, á apresurar la terminacion fatal.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En estos últimos tiempos se han estudiado con esmero las lesiones anatómicas del cáncer del estómago. Ya hácia fines del siglo último pasado se habia tratado de hacer una descripcion; pero eran los hechos demasiado incompletos para dar de ellos una idea exacta; los médicos se limitaban entonces á hablar de tumores, úlceras, fungus, fungosidades, etc. En estos últimos tiempos se han estudiado separadamente las alteraciones de los tejidos que entran en la composicion del estómago, y se ha derramado una nueva luz sobre estas alteraciones. Sin embargo, no se ha dado una idea tan perfecta como se hubiera podido esperar del estado de este órgano, porque mas bien se han estudiado casos aislados que el conjunto de hechos que se ha podido observar. Por este motivo creo debo entrar en algunas consideraciones sobre esta materia.

En la abertura del abdomen se encuentra el estómago en un estado muy diferente respecto al volúmen. Por lo comun está sumamente estrechado, y mas particularmente en la region pilórica que es la única que está algunas veces contraida de suerte que parece que el estómago se halla estrangulado entre el cardias y el píloro. Pero hay casos por el contrario en que su volúmen se halla muy aumentado; y estos casos son los que he tenido tantas veces ocasion de citar, y he descrito con el nombre de *dilatacion del estómago;* por lo cual es inútil volver á hablar de ella aqui. En muy pocos individuos (en efecto, de treinta y dos observaciones solo se ha encontrado asi en tres), se presenta con sus dimensiones y figura normales.

Si se trata de comunicar movimientos á este órgano, se nota con bastante frecuencia que ha contraido adherencias con algunos de los órganos inmediatos; asi sucedió en nueve de

los casos que he analizado: casi siempre estas adherencias se verifican con el hígado ó con el pancreas, y aun con ambos á la vez. Cuando aquellas unen el estómago con el hígado corresponde la parte afectada al lóbulo medio; pero si se establecen las adherencias entre el estómago y el pancreas, entonces se efectuan entre la pared posterior del estómago y la glándula, inmediatamente debajo de la corvadura menor. Solo en un caso se hallaba adherido el estómago al colon trasverso en un punto próximo á la corvadura derecha de este intestino. Por último, la cápsula suprarenal derecha tambien puede contraer adherencias con el estómago cancerado.

Sucede tambien que algunas veces que se pone canceroso el ligamento que une el estómago con el hígado ó mas bien el epiplon gastrohepático, en cuyo caso se halla su movilidad completamente destruida, circunstancia que conviene mucho notar, porque resulta de los hechos que nunca ha coincidido la dilatacion del estómago con esta alteracion del omento gastrohepático. En semejante caso se halla mas bien retraido aquel órgano, como es fácil de concebir. En efecto, ya hemos visto que para que la dilatacion llegue á un grado considerable, era menester que la corvadura menor pudiese descender tanto que se situase al nivel y aun debajo del ombligo; pero cuando la materia cancerosa ha invadido el epiplon gastrohepático, este se pone duro, no es tensible, y no permite el descenso del estómago. Es cierto que en un caso de dilatacion mediana, habia algunos tumores en el espesor de este epiplon; pero eran pequeños y estaban distantes unos de otros y no se oponian á su estension.

El estómago presenta al esterior una dureza que tiene su asiento principal en la corvadura menor, y que algunas veces se dirije hácia el fondo mayor; pero disminuyendo conforme se aproxima á este último punto. Con frecuencia se ve que la membrana muscular presenta anchos hacecillos en relieve debajo de la membrana peritoneal; pero no insistiremos en este punto, porque hemos de hablar de esta membrana en la descripcion de las partes internas del estómago.

Pero donde principalmente las lesiones de este órgano tienen un aspecto notable es en el interior. El asiento de estas lesiones en los treinta y tres casos que he analizado, ha sido constante-

mente el píloro y la corvadura menor, ó á lo menos, si han invadido otros puntos, siempre eran mas adelantadas y profundas en aquellos que acabo de indicar. En los diez y nueve casos analizados por Louis, el asiento del cáncer fue nueve veces en el píloro; seis veces en la corvadura menor, y solamente una vez en cada una de las partes siguientes, la corvadura mayor cerca del píloro, una porcion de la cara anterior, el tercio medio y la mitad derecha. Por lo que á mí toca, he reunido en la apreciacion precedente el píloro con la corvadura menor, porque era sumamente raro que este orificio estuviese afectado sin que se estendiese mas ó menos la lesion siguiendo esta corvadura.

Cuando el cáncer afecta este último punto tiene por lo regular tendencia á invadir la parte próxima de la pared posterior; es raro que avance hácia la anterior, y algunas veces rodea enteramente al estómago. Sin pretender que sea siempre este punto el asiento del cáncer del estómago, y conviniendo en que hay cierto número de casos en que la lesion ocupa otros puntos de este órgano, debo hacer notar esta estremada predileccion por la corvadura menor y el píloro, porque este es uno de los mayores argumentos que se pueden oponer á los que pretenden que el cáncer es una consecuencia de la inflamacion. En efecto, no es en la corvadura menor, sino hácia la corvadura mayor y hácia la tuberosidad donde ordinariamente se manifiesta la inflamacion, y aunque se haya dicho que esta ha podido propagarse por medio de los vasos linfáticos, parecerá á lo menos bien sorprendente que la lesion cancerosa respete siempre ó casi siempre el punto de donde precisamente habria partido.

Si examinamos ahora la membrana mucosa del estómago, encontraremos que está ordinariamente alterada, roja, amoratada, reblandecida y amamelonada y con algunos signos de una inflamacion crónica á poca distancia del punto ocupado por el cáncer; pero tambien en otros casos se halla sana hasta los puntos atacados por el cáncer, y por consiguiente, si bien se puede decir que en una época mas ó menos avanzada de la enfermedad viene á agregarse cierto grado de inflamacion á la afeccion cancerosa, este no es un motivo para inferir que el cáncer es de orígen inflamatorio.

La membrana mucosa presenta en el sitio que ocupa el cán-

cer dos diferentes aspectos. Efectivamente, unas veces no ofrece ninguna solucion de continuidad, y otras se observan en ella úlceras mas ó menos estensas. De treinta y dos casos en que se ha descrito exactamente el estado de esta membrana, solo en nueve faltaban las úlceras. La alteracion que presenta en estos últimos casos es muy notable, pues esta membrana aparece algunas veces tan engrosada, que se la ha visto que tenia tres ó cuatro veces su grosor ordinario. Casi siempre está formada por una sustancia dura, de color blanco azulado ó ligeramente agrisado, semitrasparente, de corte lustroso, quebradiza y que algunas veces cruje bajo el escalpelo. En ciertos casos se encuentran en ella manchas rojizas y de color de rosa, ó tan solo amarillentas, que al parecer indican la formacion de algunos vasos capilares. Finalmente, en todos los puntos en que la membrana mucosa presenta esta lesion, está muy adherida al tejido submucoso, del que es muy dificil separarla.

Ya he dicho que las mas veces hay una ulceracion que varía mucho en estension, puesto que puede ocupar toda la corvadura menor, ó solo una tercera ó cuarta parte de este punto. Algunas veces está destruida la mucosa en una estension considerable; asi es que en un sugeto faltaba en las cinco sestas partes del estómago: pero en este caso, además de los progresos del cáncer, hubo un reblandecimiento inflamatorio ó no inflamatorio, que estendiéndose mucho destruyó la mucosa.

Cuando esta membrana se ha ulcerado únicamente por los progresos del cáncer, se observa lo siguiente: En cuanto llega al punto ocupado por la lesion cancerosa, y aun antes, toma el aspecto anteriormente descrito; despues se halla profundamente corroida ó enteramente destruida en un espacio mas ó menos grande, y viene á terminarse á los bordes de la ulceracion, bien adelgazándose, ó bien por el contrario, engrosándose notablemente, y formando en este último caso bordes elevados y salientes.

En un sugeto habia solo una erosion de la mucosa, que no estaba alterada al rededor, y parecia que habia sido destruida por un simple desgaste. Sin embargo, el tejido subyacente estaba evidentemente canceroso. ¿Habria sobrevenido en el curso del cancer una inflamacion que produjese la ulceracion simple de la mucosa? A veces tambien esta membrana forma en el bor-

de de la úlcera una especie de festones, como si estuviese dislacerada mas bien que destruida por un trabajo orgánico.

No son menos notables las alteraciones que presenta el tejido submucoso. Cuando no hay úlceras ó los puntos no han sido invadidos por el trabajo de ulceracion se le encuentra mas ó menos engrosado. En efecto, su engrosamiento puede variar de 2 á 13 ó 14 milímetros (1, 6 $^1/_2$ á 7 líneas). Por lo general es consistente; no obstante, en un caso era blanco; pero en otros muchos ofrecia una consistencia notable, hasta el punto de hacerse quebradizo, y en un sugeto tenia una dureza casi cartilaginosa. En semejantes casos es en los que el tejido canceroso cruje bajo el escalpelo, y cuando se ha admitido la existencia de un escirro.

Modificado asi este tejido, está como he dicho mas arriba, casi siempre tan adherido á la mucosa que es muy dificil separarle, y si alguna vez se halla algo móvil es porque la mucosa participa poco de la alteracion. El color de este tejido varía: aunque es ordinariamente blanco, puede ser algunas veces blanco agrisado, de color de rosa, amarillento, blanco de leche, ó finalmente azulado. En cierto número de casos se encuentran reunidos en mayor ó menor número estos diversos matices, de suerte que el tejido parece salpicado de ellos. Muchas veces se presenta muy brillante su corte, y en algunas ocasiones está sembrado de manchas de color mate que resaltan sobre el fondo brillante. En dos casos cuya observacion he tenido á la vista, el tejido era consistente, brillante, quebradizo en la mitad de su espesor, al paso que en el punto en que se reunia con la túnica muscular se hallaba flexible y se acercaba al estado normal; pero ya volveré á hablar de este hecho interesante.

En vano se buscan en el tejido asi alterado vestigios de estructura; pues casi siempre se hace mas ó menos perfectamente homogéneo, y cuando no lo está, es porque la alteracion que acabamos de describir no le ha invadido sino por porciones. Pero lo que hay sobre todo digno de llamar la atencion, son los tabiques que envia al espesor de la membrana muscular, donde penetran perpendicularmente. Estos tabiques aproximados y dispuestos mas ó menos simétricamente, forman á veces una especie de separaciones en que se hallan alojados el tejido muscular, que en semejante caso está siempre notablemente alterado. Son blancos, resistentes, semejantes al tejido celular mas ó

menos endurecido, y van á fijarse hasta en la túnica peritoneal. Cuando se da un corte perpendicular á la pared del estómago, se ve que sobresalen estos tabiques de un modo distinto del tejido submucoso. A veces se encuentra este tejido infiltrado de serosidad mas ó menos turbia y aun purulenta, que es lo que sucedió en uno de los sugetos de las observaciones que he reunido.

En los puntos ocupados por una úlcera puede no hallarse corroido el tejido submucoso mas que en muy poca profundidad, presentándose entonces por debajo blanco, ó blanco negruzco, ú opaco. Algunas veces está convertido en mayor ó menor estension, en un detritus ceniziento ó lívido que forma filamentos todavía adherentes, que nadan en el agua vertida sobre la ulceracion. En fin, en un gran número de casos la ulceracion le ha invadido todo y la membrana muscular queda al descubierto.

Esta presenta las alteraciones ya descritas por Louis, y acerca de las cuales debo decir algunas palabras, porque los hechos que he podido consultar ofrecen algunas particularidades notables. La túnica muscular está siempre hipertrofiada en mayor ó menor estension, á no ser que el cáncer sea muy superficial, como se verificó en un sugeto en quien la membrana mucosa era la única que se hallaba degenerada. Su espesor varía de 2 á 5 ó 6 milímetros (1, 2 $^1/_2$ ó 3 líneas); pero es mas considerable en el punto ocupado por el cáncer, donde las fibras vienen casi siempre á confundirse en un tejido homogéneo y sin estructura, que presenta en cuanto á la consistencia, color, homogeneidad y aspecto brillante los mismos caracteres que hemos encontrado en el tejido precedente. Sin embargo, en ciertos casos todavía son visibles las fibras musculares en el punto ocupado por el cáncer, pero ofrecen de un modo evidente la degeneracion de que acabo de hablar.

Si se examina la túnica muscular alejándose del centro de la alteracion, se ve que al rededor su degeneracion cesa casi siempre de un modo repentino, y solamente queda en sus fibras una simple hipertrofia. En algunos casos se la ha visto homogénea y opaca en el centro del tejido alterado presentando fibras distintas de color gris azulado en la circunferencia, y que recobraba sus caracteres normales en cuanto pasaba de ella.

Cuando hay ulceracion he aqui lo que sucede á la membrana

muscular: á veces está destruida en su espesor total ó parcialmente, y á veces tan solo descubierta. En uno y en otro caso las fibras toman un color blanco opaco y se confunden conforme se acercan al centro de la ulceracion, pero además en el primero está cortada de pronto y mas ó menos regularmente la membrana muscular, y no quedan ya vestigios de ella en el tejido alterado que forma el fondo de la ulceracion. En un caso sucedió una cosa notable, y es que las fibras musculares se veian perfectamente por todas partes, y solo cuando llegaban á los límites de la alteracion cancerosa cambiaban repentinamente de naturaleza, de suerte que antes de penetrar en ella tenian todos sus caracteres normales, y se hacian inmediatamente blancas, brillantes y quebradizas , en una palabra , presentaban esa trasformacion del tejido ya indicada al hablar de la mucosa y del tejido submucoso. En otro, en vez de ser el color de la membrana muscular blanco, azulado ó ceniciento, se parecia al de la tela de cebolla, de lo que he visto hace poco tiempo un caso semejante.

Aunque mas allá de la lesion recobra la membrana muscular su estado normal en cuanto á la flexiblilidad, color y estructura , conserva un engrosamiento considerable en una estension mayor ó menor del estómago. Las fibras son gruesas y forman hacecillos bien distintos, que se marcan debajo de la membrana mucosa; pero todavía mas, como ya queda dicho, debajo de la membrana peritoneal. Algunas veces ocupa este engrosamiento toda la estension del estómago, pero las mas va disminuyendo á medida que se aleja de la lesion, y acaba por desaparecer hácia el fondo mayor.

Si bien es cierto que la hipertrofia de la membrana muscular depende sin duda en gran parte de la detencion mas ó menos prolongada de las materias en el píloro, y de los esfuerzos repetidos para vomitar, sin embargo es evidente que esta no es la única causa, porque en los casos en que se debiera sentir medianamente su influencia, se ha visto á la membrana muscular notablemente engrosada, y por otra parte, en donde mas se manifiesta la hipertrofia es en los puntos ocupados por la lesion y donde se efectúa el trabajo del cáncer.

No solamente en las paredes del estómago es donde se presentan estas lesiones de la membrana muscular, sino que cuan-

do el cáncer ocupa un sitio próximo al cardias, y con mayor razon cuando este orificio está afectado, la membrana muscular del esófago participa de las lesiones y de la hipertrofia de la del estómago, y muchas veces hasta mucha altura.

Si consideramos ahora de un modo general lo que resulta de las diversas lesiones de tejidos que acabamos de examinar, vemos que en el mayor número de casos existe un tumor formado por el engrosamiento de los tejidos mucoso, submucoso y muscular; que este tumor que varía en cuanto á su grosor y ocupa la corvadura menor ó sus inmediaciones, acercándose al píloro y mas rara vez al cardias, ha ocasionado la dureza que se percibia durante la vida. Tambien vemos que la ulceracion acaba por apoderarse de estos tejidos, empezando por la mucosa, que puede ser la única destruida, y dejar al descubierto el tejido submucoso mas ó menos alterado. Mas adelante es corroido y despues completamente destruido este mismo tejido submucoso, y por último la membrana muscular acaba por participar de esta destruccion, de suerte que solo queda la túnica peritoneal.

La membrana muscular está siempre menos destruida que las partes que la cubren, de suerte que la ulceracion es mas ó menos estensa á medida que se acerca al centro. Ya hemos visto en el artículo de la *Perforacion del estómago*, lo que sucedia cuando la membrana peritoneal acababa por ser destruida, y los resultados que esto tiene, segun que un órgano inmediato tapaba ó no la abertura accidental, por lo cual creo inútil volver á hablar de ello aquí.

En ciertos casos está de tal modo dispuesta la hipertrofia, que se puede decir que no hay tumor á causa de que el engrosamiento está por decirlo asi generalizado. La mucosa, el tejido submucoso y la membrana muscular forman tres capas gruesas y consistentes, que partiendo de la porcion pilórica van adelgazándose hácia el fondo mayor, lo que hace que el órgano presente entonces paredes duras, que no se deprimen hasta ponerse en contacto cuando el estómago está vacío, y que conservan hasta cierto punto su corvadura cuando se les divide.

En vista de esta descripcion es fácil comprender las diversas variedades del cáncer que se encuentra en el estómago. Ya hemos visto que el tejido toma un aspecto rojizo por partes, se vuelve de color blanco de mate y se reblandece; pero en

los casos en que esta degeneracion invade grande estension, se dice que hay *cáncer encefaloides* ó *cerebriforme*. Cuando el líquido que sale ordinariamente en corta cantidad al dividir el tejido submucoso es abundante y tiene una apariencia gelatinosa y está contenido en areolas, se designa el cáncer con los nombres de *cáncer gelatiniforme* ó *coloides*, del cual ha observado Vernois (1) un caso muy notable. En fin, si la tumefaccion es irregular, blanda, semejante á gruesas vegetaciones, se designa á la enfermedad con la denominacion de *fungus* ú *hongo canceroso*. Sin negar absolutamente que se puedan producir de pronto estas diversas variedades, diré que en todos los casos bien observados que tengo analizados, todo ha sucedido como acabo de esponer; que los hechos contrarios son por lo menos muy raros, y que por consiguiente estas formas particulares no parecen ser de grande importancia. Lo mas digno de llamar la atencion es la degeneracion de diferentes tejidos en una sustancia homogénea, sin estructura distinta, que invade sucesivamente las partes circundantes. Veamos pues lo que resulta de los hechos analizados.

Cuando no hay ulceracion, siempre es en el centro del cáncer donde empieza el tejido á presentar el aspecto blanco mate y algunos puntos menos duros; pero al rededor se encuentra siempre un tejido blanco azulado, brillante, quebradizo y á veces semitrasparente. Si el cáncer está muy poco adelantado, si no afecta mas que una sola túnica, por ejemplo, la mucosa, como se ha observado en un caso, solo se notan estos últimos caracteres. Cuando la ulceracion ha invadido las partes, se observa en su centro el color mate, los reblandecimientos, el aspecto rosado, etc., y aun se puede ver en su contorno los tejidos particulares de que acabo de hablar. Parece pues que todo se reune para probarnos que los tejidos afectados de cáncer se trasforman primeramente en esta materia azulada, quebradiza, brillante y semitrasparente; que hasta una época mas adelantada no presentan el aspecto de tejidos reblandecidos, fungosos, etc., y en esta degeneracion sucede alguna cosa parecida á lo que hemos notado en la trasformacion tuberculosa. Tal vez se citarán algunas escepciones, pero no se puede negar, en vista de

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*; 1835.

los hechos precedentes, que esta sea la regla general, y este es tambien un argumento contra los que atribuyen la degeneracion cancerosa á una inflamacion de larga duracion.

En cuanto al punto preciso por donde empieza esta degeneracion, le encontramos las mas veces en la mucosa, que hemos visto esclusivamente afectada en un sugeto, y que es la primera que se ulcera. Pero no sucede siempre asi, porque en otro sugeto se ha encontrado la mucosa perfectamente sana, al paso que por debajo estaba solo alterada la superficie del tejido submucoso, y en este último es evidente que la lesion no habia podido principiar por la mucosa. Es verdad que algunos autores, y particularmente Andral, creen que la membrana mucosa ha podido presentar en cierta época una alteracion que luego ha desaparecido; pero en el sugeto de que se trata la lesion era todavía incipiente, la mucosa no habia tenido manifiestamente tiempo de volver á su estado normal, y se hubieran encontrado necesariamente, si esta opinion fuese fundada, algunos vestigios de inflamacion, aun cuando no fuese sino en el color del tejido.

Respecto á las materias contenidas en el estómago, se puede decir que varían segun los individuos. Aunque por lo regular son abundantes en los que tienen una dilatacion del estómago, pueden muy bien no consistir en otros mas que en una corta cantidad de mucosidades. Con mucha frecuencia se halla tambien un líquido espeso, negruzco, semejante al hollin desleido, á los posos de café, ó pardusco como chocolate; tal es en fin como le he visto en la materia de los vómitos. Algunas veces son las mucosidades tan espesas que se desprenden con bastante dificultad de la superficie de la mucosa. En un caso cuya observacion tengo á la vista, habia una mediana cantidad de materia negra, líquida, en medio de la cual se encontraban fragmentos negruzcos sólidos, que se reducian fácilmente á papilla, y presentaban bastante bien el aspecto de una criadilla de tierra. Como se ve, esta materia se asemeja mucho á la melanosis que se observa en los diversos tejidos, y este hecho viene en apoyo de la opinion de los que miran á la melanosis como formada de sangre alterada. Todavía es mucho mas raro encontrar en el estómago verdaderos coágulos; sin embargo, esto se verifica algunas veces aun cuando durante la vida no se haya presentado hematemesis pro-

piamente dicha. Si hubiese habido gastrorragia los coágulos pueden ser enormes.

Ahora voy á esponer rápidamente las demás alteraciones que se encuentran en los sugetos que han sucumbido de cáncer. En efecto, hallaremos que se ve con bastante frecuencia la degeneracion cancerosa de los órganos inmediatos, y particularmente del hígado, que forma el fondo de las úlceras, ó que permaneciendo perfectamente libre, presenta placas de materia cancerosa; la del páncreas, de la cápsula suprarenal derecha, de las paredes del colon, y algunas veces de las mismas venas, de lo que ha referido un ejemplo notable el doctor Pressat (1); la degeneracion del epiplon gastrohepático de que he hablado ya; cánceres en otros órganos, particularmente en el útero; en fin, en algunos casos una perforacion del estómago que hace comunicar la cavidad de este órgano con el peritoneo ó el colon trasverso, y que Rokitanski ha incluido entre las úlceras perforantes del estómago, lesiones de que ya he hablado en los artículos precedentes (2). Tales son las lesiones que se refieren mas directamente al cáncer.

En seguida viene el edema y las acumulaciones de serosidad en el abdómen; las diversas flegmasias de las vias respiratorias, que he indicado ya, y los tubérculos que han coincidido con el cáncer en un corto número de sugetos. En cuanto á los demás órganos, casi siempre estan muy demacrados, y esto se observa principalmente en el corazon, cuyo volúmen se ha disminuido algunas veces casi una mitad, pero que siempre está consistente y pálido. Pero no debo estenderme mas sobre el estado de estos órganos, puesto que hemos dado antes tan numerosos pormenores acerca de este punto.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* del cáncer del estómago nos presenta una de las cuestiones mas delicadas de su historia. Efectivamente, hay

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*; 1836.
(2) Véase *Perforacion del estómago*.

entre esta enfermedad y otras muchas que tienen su asiento en el mismo órgano gran número de síntomas comunes, y además hemos visto que en algunos sugetos podrian faltar varios fenómenos importantes, lo que sucede igualmente en las demás afecciones gástricas. Sin embargo, me parece que se han exagerado mucho en estos últimos tiempos las dificultades de este diagnóstico. El doctor Andral entre otros (1), se ha ocupado principalmente de hacer resaltar los puntos de semejanza del cáncer y de la gastritis crónica, sin detenerse lo suficiente en las diferencias que existen entre estas dos enfermedades en la mayor parte de los casos. Veamos por los hechos cómo podemos llegar á formar el diagnóstico del cáncer. Para esto es preciso distinguir primeramente el cáncer incipiente del que se halla bastante avanzado, pues efectivamente son muy diversas las dificultades en ambos casos.

Cuando *el cáncer es incipiente* ó ha hecho pocos progresos es cuando el médico está mas espuesto á cometer un error; sin embargo de que hay cierto conjunto de signos que deben servirle de guia. ¿Se puede confundir esta afeccion con la *gastritis aguda?* Ya hemos visto al estudiar los síntomas, que algunos cánceres, aunque pocos, son totables por su invasion rápida, y que en breve tiempo pueden manifestarse dolores en el epigastrio y frecuentes vómitos; pero en primer lugar no existe en el cáncer, cualquiera que sea la rapidez de su invasion, un movimiento febril manifiesto, y en segundo lugar no se observan vómitos biliosos sino mas bien de alimentos y de bebidas, regurgitaciones agrias, espulsion de mucosidades, signos que son suficientes para evitar el error: por otra parte la facilidad con que la gastritis aguda simple cede al tratamiento apropiado, mientras que los síntomas del cáncer persisten y aumentan, no tarda en resolver todas las dudas. En cuanto á la gastritis aguda que sobreviene como complicacion de otra enfermedad, esta circunstancia viene á facilitar el diagnóstico, principalmente si se la agrega á los demás signos que acabo de indicar.

El diagnóstico entre el *cáncer* y la *gastritis crónica* es mas dificil al principio de ambas enfermedades. Sin embargo, re-

(1) *Clin. médical.*, 3.ª edic., t. II, p. 136 y sig.

cordaremos que esta sobreviene con mas frecuencia aun que la gastritis aguda, como complicacion de otra enfermedad y particularmente en las crónicas; que aunque menos constantes la caracterizan los vómitos biliosos en el mayor número de casos; que ya en su principio se presenta con un aparato de síntomas bastante graves, puesto que se encuentra fiebre, náuseas, vómitos, anorexia mas ó menos completa, y sobre todo dolores en el epigastrio, que no se manifiestan en el cáncer sino en una época mas avanzada de la enfermedad. Pero es necesario advertir que en los casos escepcionales ya mencionados en el artículo *Gastritis crónica simple* (1), estos síntomas son mucho menos manifiestos, y que hasta puede ser latente la enfermedad, y reconocemos que en el estado actual de la ciencia es preciso renunciar á un diagnóstico exacto. Pero es tambien necesario advertir que estos casos son sumamente raros, y no merecen por consiguiente toda la importancia que se les ha dado.

Tambien se distingue por la mayor violencia de los síntomas en un principio la *gastritis ulcerosa simple* del cáncer del estómago en esta época de la enfermedad. Sin embargo, queda aun mucho que hacer para dar á este diagnóstico la precision que era de desear, lo cual depende sobre todo de que los autores que se han ocupado de la úlcera simple del estómago han incluido entre los casos de esta afeccion úlceras cuya naturaleza era por lo menos dudosa, de suerte que los síntomas que se han atribuido á la gastritis ulcerosa simple no tienen todo el valor que era de desear. En dos casos que tengo á la vista, y de los cuales uno no deja duda acerca de la simplicidad de las ulceraciones, la enfermedad empezó por dolores cólicos intensos, á los que siguieron mas tarde vómitos que producia la menor ingestion de los alimentos. Por lo demás, no creo que con los elementos insuficientes que tenemos, deba insistir en este diagnóstico que exige nuevas investigaciones.

Queda ahora la *gastralgia*, con la cual el cáncer del estómago se puede confundir fácilmente en algunos casos; pero este diagnóstico hallará mejor su lugar en el artículo siguiente, despues de la descripcion de los síntomas de esta última enfermedad.

Cuando ha llegado *el cáncer á una época mas avanzada*, es

(1) Véase p. 94.

mas fácil el diagnóstico. Efectivamente, entonces no hay que ocuparse de la gastritis aguda; y en cuanto á la *gastritis crónica simple* hé aqui lo que sirve para distinguirla de la afeccion de que tratamos. En la gastritis crónica no se observan los vómitos negros, de color de hollin desleido ó de chocolate que hemos hallado en el cáncer del estómago. Es cierto que Andral dice que los ha notado en algunos casos en que solo ha encontrando una inflamacion crónica; pero nos dice él mismo que casi siempre consistian entonces las lesiones en una hipertrofia con una degeneracion particular, y ya sabemos que estas alteraciones que son evidentemente cancerosas, no constituyen mas que una forma anatómica de la gastritis crónica. En el cancer del estómago tienen de notable los vómitos, que antes de tocar la enfermedad á su fin, época en que pueden repetir sin cesar, se efectúan sobre todo cierto tiempo despues que se han tomado los alimentos, arrojándose por medio de aquellos los que se tomaron la víspera y la antevíspera. Nada semejante hemos encontrado en la gastritis crónica simple. Los signos de la caquexia cancerosa, que como hemos visto mas arriba se manifiestan en una época poco avanzada del escirro del píloro, pueden tambien servir para suministrar algunos indicios. En fin, se puede comparar igualmente en esta época todas las circunstancias de la invasion y resolver asi todas las dificultades.

Los diversos diagnósticos diferenciales que acabo de esponer no tienen importancia sino cuando no se percibe en el epigastrio una dureza manifiesta ni tumor, y en aquellos en que el estómago no ha esperimentado esta dilatacion notable designada con el nombre de *dilatacion morbosa.* En efecto, cuando se presentan estos signos no se puede creer ya en la existencia de una *gastritis crónica simple*, y todo induce á admitir la de un cáncer del estómago. Sin embargo, conviene no olvidar respecto á la dilatacion morbosa (1), que se puede encontrar este estado del órgano aun cuando no haya cáncer. Entonces hay que establecer un nuevo diagnóstico diferencial que se funda en una circunstancia bien sencilla. Los hechos nos han enseñado que para que se verifique la dilatacion en un grado considerable, y el estómago descienda hasta la pelvis, era menester que la cor-

(1) Véase el art. *Dilatacion del estómago.*

vadura menor pudiera bajar hasta el nivel ó debajo del ombligo; pero en semejante caso la presencia de un humor circunscrito, la dureza y la renitencia que se advierten en este punto del estómago, vienen, por decirlo asi, á presentarse de por sí á la esploracion, y fácilmente se puede comprobar la existencia de la lesion orgánica. Lo que prueba que realmente sucede asi, es que en todos los casos en que habian llegado las cosas á este estado, se ha hecho un diagnóstico exacto.

Algunas veces hay en el cáncer del estómago *vómitos de sangre*, y aunque hemos admitido que la materia oscura, posos de café, etc., que se manifiesta en un gran número de casos se halla constituida por sangre alterada, no se deben confundir estos vómitos con aquellos en que se arroja sangre pura, ya en el estado líquido, ya en coágulos. Los primeros nunca forman la materia de una verdadera gastrorragia, tal como se la ha descrito mas arriba. Por el contrario se puede preguntar si cuando se ha arrojado sangre pura es posible cerciorarse de que la hemorragia es debida á un cáncer, y no ha sido ocasionada por una exhalacion sanguínea; esto precisamente lo he hecho ya en el artículo *gastrorragia* (véase pág. 5) al que remito al lector, contentándome con reproducir aqui el diagnóstico en el cuadro sinóptico.

En fin, es menester recordar que el *cáncer puede permanecer latente* por muchísimo tiempo, lo mismo que la mayor parte de los cánceres de los demás órganos, á fin de que no sorprenda ver en algunos casos que la enfermedad empieza en apariencia en una época muy próxima á aquella en que se verifica la muerte.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos del cáncer incipiente con invasion rápida y de la gastritis aguda.*

CÁNCER INCIPIENTE.	GASTRITIS AGUDA.
Trastornos notables de la digestion.	*En general no se puede observar los trastornos de la digestion,* porque los enfermos se ponen á dieta.

No hay vómitos de bilis.	*Vómitos biliosos* repetidos.
Vómitos de los *alimentos* y de las bebidas.	Vómitos de las bebidas, pero no de los *alimentos*, porque no los toman los enfermos.
Regurgitaciones agrias, flemosas.	No hay regurgitaciones agrias y sí solo de mucosidades.
No hay movimiento febril manifiesto.	*Movimiento febril* mas ó menos marcado.

2.° *Signos distintivos del cáncer incipiente y de la gastritis crónica.*

CÁNCER INCIPIENTE.	GASTRITIS CRÓNICA.
No se desarrolla *bajo la influencia de ninguna otra afeccion.*	Casi siempre se *complica con otra afeccion* crónica.
No hay vómitos biliosos sino accidentalmente.	Frecuentemente hay *vómitos biliosos repetidos.*
Vómitos de alimentos *mucho tiempo despues de tomarlos.*	Vómitos de los alimentos *poco despues de tomarlos:* con frecuencia los enfermos se ponen á dieta.
Peso en el epigastrio, mas bien que verdadero dolor.	Ordinariamente hay desde el principio *un dolor mas ó menos vivo* en el epigastrio.
No hay movimiento febril manifiesto.	*Calentura manifiesta*, pero que es dificil distinguir del movimiento febril debido á la enfermedad principal.

No creo que debo presentar en un cuadro el diagnóstico del cáncer del estómago y de la *úlcera simple*, porque la incertidumbre que hay sobre este punto no me permiten espresarme con la suficiente exactitud.

3.° *Signos distintivos del cáncer ya adelantado, y de la gastritis crónica.*

CÁNCER YA ADELANTADO.	GASTRITIS CRÓNICA.
Vómitos *negruzcos* como de posos de café, etc.	Vómitos *biliosos* ó de *materias alimenticias.*
Signos de *caquexia cancerosa.*	Simple enflaquecimiento, *sin signos de caquexia cancerosa.*

Tumor y renitencia en el epigastrio.	*No hay tumor ni renitencia* en la region epigástrica.
Dilatacion morbosa del estómago.	Estómago *contraido mas bien que dilatado.*
Commemorativos: Las *circunstancias de la invasion* indicadas mas arriba.	Commemorativos: Las *circunstancias de la invasion* indicadas mas arriba.

4.° *Signos distintivos de la dilatacion simple del estómago y de la dilatacion procedente del cáncer.*

DILATACION PROCEDENTE DEL CÁNCER.	DILATACION SIMPLE.
El tumor ó la renitencia cancerosa se *percibe fácilmente* cerca del ombligo. De un dia para otro se dirige á derecha é izquierda, segun que el estómago se ha vaciado ó no por el vómito.	*No hay tumor ni renitencia.*

5.° *Signos distintivos de la gastrorragia sintomática del cáncer y de la gastrorragia idiopática.*

GASTRORRAGIA SINTOMÁTICA DEL CANCER.	GASTRORRAGIA IDIOPÁTICA.
Trastornos *mas ó menos prolongados* de la digestion.	*No hay* trastornos digestivos ó *datan de poco tiempo*
Demacracion mas ó menos profunda.	*No hay demacracion* notable.
Tumor en el epigastrio.	*No hay tumor* canceroso en el epigastrio.

Pronóstico. Lo que he dicho mas arriba acerca de la terminacion constantemente funesta del cáncer del estómago, me dispensa al parecer hablar del diagnóstico. Pero sin volver á ocuparme de esta proposicion general, y admitiendo que la enfermedad es necesariamente mortal, se puede investigar si hay algunos signos que anuncien la proximidad de la muerte. Cuando diariamente hay vómitos, y con mayor razon si se

repiten muchas veces al dia, y cuando se hacen muy intensos los dolores del epigastrio, sobreviniendo un edema en las estremidades y especialmente en el tronco, no tarda en verificarse aquella. Por último, los vómitos negros anuncian igualmente que no se halla distante, porque no los hemos visto aparecer hasta despues de haber durado mucho tiempo la enfermedad.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Hay pocos médicos que se hayan ocupado de un modo especial del tratamiento del cáncer del estómago, y casi siempre se han aplicado á esta enfermedad los mismos medios recomendados en los cánceres de los demás órganos, guiándose con frecuencia mas bien por meras teorías que por los resultados de la esperiencia. Por lo demás, lo que acabo de decir de la terminacion de la enfermedad manifiesta que no se debe dar grande importancia á los diversos tratamientos elogiados por los autores. Sin embargo, no es inútil conocer los medios que se han usado, porque si bien no influyen en la curacion de la enfermedad, se pueden emplear como paliativos, y ya se sabe que en estas enfermedades dolorosas y de larga duracion, importa mucho conocer cómo se puede hacer mas llevadero el estado de los enfermos.

No imitaré á ciertos autores, y en particular á Prus, que han creido poder trazar de un modo general las reglas que se deben seguir en el tratamiento, fundándose para esto en las ideas que se formaron de la enfermedad y de las causas fisiológicas de los principales síntomas. De esta suerte se han llegado á alabar remedios cuya eficacia ha desmentido despues la esperiencia. Por lo tanto nos limitaremos á esponer las diferentes medicaciones usadas, apreciando de paso su valor.

Emisiones sanguíneas, *emolientes y dieta.* No es muy de estrañar que los médicos que han considerado al cáncer como una simple gastritis crónica, hayan aconsejado las emisiones sanguíneas y los demás antiflogísticos; pero la esperiencia ha probado que ni las *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio, ni la *sangría*, ni las *bebidas emolientes*, han producido los felices

resultados que de ellas se esperaba. Es raro que las emisiones sanguíneas sean útiles como paliativos, y el enflaquecimiento y el estado de caquexia de los enfermos obligan bien pronto á renunciar á ellas. En cuanto á los simples emolientes puede parecer que producen en los primeros tiempos efectos ventajosos, puesto que se los asocia á una dieta mas ó menos rigurosa, y que entonces consisten los síntomas en desórdenes mas ó menos manifiestos de la digestion; pero esta desmejoría de que hablábamos poco hace obliga al médico á moderar esta dieta severa, que por otra parte no impide que la enfermedad haga progresos. Por lo demás ya veremos en el artículo *régimen* cómo se debe dirigir la alimentacion.

Tratamiento curativo. Casi todos los autores han buscado en la materia médica un gran número de remedios que han considerado como específicos; pero los que mas principalmente se han alabado son los narcóticos cuya accion voy á examinar rápidamente.

Narcóticos. En primera línea se debe colocar la *cicuta* que ha gozado de tan gran reputacion, sobre todo desde que Storck (1) la elogió como un específico en el tratamiento del cáncer, y que á esta sustancia han recurrido la mayor parte de los autores que se han ocupado de este tratamiento. Recamier (2) piensa que su uso, unido á una *dieta bastante severa*, es uno de los mejores medios que se pueden poner en uso. Prus (3) ha creido demostrar la accion de esta sustancia citando un hecho en el que los desórdenes digestivos han cedido á su administracion; pero este hecho es el que ha referido el doctor Barras, y al que hemos visto faltaban los pormenores necesarios para inspirar confianza. Por otra parte J. Frank afirma que ha usado este medicamento un gran número de veces sin obtener grandes resultados, y no hay médico á quien no haya sucedido otro tanto. En suma, si la cicuta tiene como sedante cierta influencia sobre los síntomas del cáncer, nada prueba que tenga una accion realmente curativa.

Este medicamento que se administra en estracto y en píldoras, se puede prescribir bajo la fórmula siguiente.

(1) *Tract. quo demonst. cicut. non sol. usu int.*; Viena, 1760.
(2) *Rech. sur le traitement du cancer*, t. I.
(3) *Rech. nouv. sur la nat. et le traitement du cancer de l'estomac.* Paris, 1828.

℞ Estracto de cicuta................ 4 gram. (ʒj)
Polvo de cicuta.................. C. S.

Háganse píldoras de un decígramo (2 granos). Se toman dos al dia, aumentando gradualmente la dosis hasta veinte ó treinta.

Algunas veces se ha dado este medicamento á dosis mucho mas alta.

Al mismo tiempo se puede aplicar sobre el epigastrio una *cataplasma*, ó como se hace con mas frecuencia, un *emplasto de cicuta*. La cataplasma se prepara simplemente de la manera siguiente:

℞ Polvo de cicuta................. 60 gram. (℥ij)
Harina de semilla de lino....... C. S.
Agua hirviendo................ C. S.

En cuanto al emplasto, el mas recomendado es el siguiente, cuya fórmula se debe á Planche:

℞ Elemí............................ 2 partes.
Cera blanca....................... 1 parte.

Se añade á esta mezcla fundida:

Estracto alcohólico de cicuta........ 9 partes.

Mézclese.

Se pueden variar hasta el infinito las preparaciones de cicuta; pero lo esencial es elevar rápidamente las dosis, sin dejar por eso de vigilar los efectos que podian sobrevenir.

Tambien se ha recomendado muy eficazmente la *belladona*, y Bayer (1) afirma haber curado por este medio verdaderos escirros. Es verdad que estos tenian su asiento en la matriz, pero ya hemos visto mas arriba que no se consideraba á los medicamentos dirigidos contra los cánceres como mas apropiados para una de estas afecciones que para otra. Por otra parte, muchos autores, entre los que es preciso citar principalmente á Hufeland y Hennemann (2) han encomiado este medio, que sin embargo no le usaron solo. Las píldoras que daba Bayer eran las siguientes:

℞ Belladona...................... 2 gram. (ʒß)

Se hacen píldoras de á 5 centígramos (un grano), que

(1) *Horn's arch.*, 1820 y 1821.
(2) *Beitr. Mecklen. Ærst. zur Medic. und chir.*; Rostock, 1870, t. I.

se cubrirán con belladona en polvo. Se toma una cada tres horas.

Las reflexiones que hemos hecho al hablar de los narcóticos precedentes se aplican igualmente á los medicamentos del mismo género elogiados por muchos autores, tales como el *beleño*, la *yerba mora* y el *acónito*, medicamento con el cual Pablo de Yvoire, citado por Barras, pretende haber curado dos cánceres del estómago. Estos medicamentos han podido calmar dolores mas ó menos vivos, aliviar á los enfermos afectados de cáncer, y hacer cesar la enfermedad cuando haya sido una simple gastralgia; pero los hechos que han referido para probar su accion curativa carecen completamente de valor.

Antiespasmódicos. El *agua de laurel real* recomendada por Janin, la *asa fétida* empleada por muchos autores y entre otros por Prus, la *valeriana*, las *píldoras de Meglin*, el *éter*, el *castoreo* y el *almizcle* son los principales medicamentos de este género que se han usado. Bien se puede admitir, como se ha hecho para los precedentes, que algunas veces han producido efectos ventajosos en algunos síntomas, y en particular en los dolores del epigastrio y en los vómitos; pero es preciso decir que tampoco hay un solo hecho que demuestre que han curado el cáncer, ni aun detenido su curso. Recurriendo Janin al aceite esencial del laurel real, no tenia otra intencion que disminuir los dolores lancinantes, para lo cual usaba esta sustancia bajo la forma de ungüento, preparado asi:

℞ Ungüento rosado.............. 15 gram. (ʒß)
Aceite esencial de laurel real... 2 gram. (ɜß)

O constituyendo parte del linimento siguiente:

℞ Aceite de almendras dulces..... 45 gram. (ʒjß)
Aceite esencial de laurel real... 15 gram. (ʒß)

Se deben administrar las píldoras de Meglin á la dosis creciente de una á ocho ó diez al dia. Asi es como las prescriben Bayle y Cayol (1) que tienen alguna confianza en ellas.

Fundentes. En una afeccion cuya principal lesion anatómica es un tumor, es natural que se haya tratado de resolver el infarto por medio de los medicamentos llamados fundentes: asi pues se han puesto en uso un gran número de ellos. Los prin-

(1) *Dict. des sciences méd. Clinique médicale;* Paris, 1833, en 8.º

cipales son aquellos en que entran el mercurio, el iodo y sus preparaciones.

Mercuriales. Morganni (1) recomendaba emplear el *mercurio en el estado metálico* en los casos en que se suponia que un cuerpo estraño atacable por este agente, como una moneda, era la causa primordial de los accidentes; pero son muy raros los casos de este género que se han presentado. ¿Y no se deberá mas bien pensar que se introdujo la moneda en el estómago despues de principiar el cáncer, y ocasionó la obstruccion del píloro?

Cuando se administra el mercurio al interior, ordinariamente se le da bajo la forma de *protocloruro*, del cual se prescriben 5, 10 ó 15 centígramos (1, 2 ó 3 granos) al dia, limitándose á obtener el efecto alterante, y evitando en lo posible el efecto purgante. Bayle y Cayol tienen alguna confianza en este medio ya recomendado por Jahn (2) y por Sandrock (3), que asociaba los calomelanos con otras sustancias.

Tambien se han prescrito las fricciones mercuriales, y Holscher (4) afirma haber curado con ellas y algunas *moxas* aplicadas de cuando en cuando, un cáncer confirmado del píloro; pero el diagnóstico está lejos de hallarse fundado en bases ciertas. J. Frank, que recomienda igualmente estas fricciones, se servia del ungüento siguiente:

℞	Ungüento de altea.........	60 gram.	(℥ij)
	Ungüento mercurial.......	8 gram.	(ʒij)
	Alcanfor..................	60 centígram.	(℈ß)

Se hacen fricciones en el epigastrio.

Preparaciones de oro. Las sales de oro, que se deben colocar inmediatas á las mercuriales, han sido recomendadas por Chrestien, Wendt (5), Hennemann y otros muchos autores que han empleado este medio en un gran número de casos de diferentes cánceres. Wendt aconseja las píldoras siguientes:

℞	Hidroclorato de oro.......	30 centígram.	(6 g̃)
	Estracto de cicuta........	4 gram.	(ʒj)
	Cicuta en polvo...........	4 gram.	(ʒj)

(1) *De causis et sedibus, epist.* XXX.

(2) *Auswahl der Wirksamsten, einfachen und zusammengetzten Arznesmittel;* Erfurth, 1818.

(3) *Journal de Siebold.*

(4) *Hanov. Annalen für die ges. Heilk.*, t. I, 1836.

(5) *Anleit. zum Receiptschreib.;* Breslau, 1826.

Se hacen cincuenta píldoras, de que se toma una por la mañana y otra por la tarde.

Tambien se han hecho *fricciones en la lengua* con las sales de oro, de la misma manera que en las afecciones sifilíticas (1).

Preparaciones ioduradas. Este medicamento se ha dado siempre bajo la forma de *ioduro de potasio*. Barras cree que debe usarse esterior é interiormente, dándole al interior á la dosis de 1 á 1,50 gramos (20 á 30 granos) y mas en 500 gramos (16 onzas) de líquido; esteriormente se hacen fricciones en el epigastrio con la pomada que sigue:

℞ Manteca de puerco..............	30 gram.	(℥j)
Hidriodato de potasa............	5 gram.	(90 g̃)

Mézclese. Se hace una friccion mañana y noche.

Igualmente se ha prescrito el *jabon medicinal* con el objeto de fundir el tumor, medicamento que J. Frank unia al acibar del modo siguiente:

℞ Jabon medicinal................	15 gram.	(℥ß)
Estracto de acibar..............	2 gram.	(ʒß)
Estracto de grama..............	30 gram.	(℥j)

Háganse píldoras de 15 centígramos (3 granos) que se cubrirán con polvos de lirio de Florencia. Se dan cinco al dia.

Ferruginosos. Rudolph (2) ha recomendado el *carbonato de hierro* en varios cánceres, el cual unia con el estracto de caléndula. Tambien se han usado la *tintura de hidroclorato de hierro* y las *limaduras del mismo metal*; pero ningun medicamento de los ferruginosos ha sido mas elogiado que el *oxifosfato de hierro*, con el cual Fuzet Dupouget afirma ha obtenido efectos muy ventajosos (3), administrándole á la dosis de 15 á 50 centígramos (3 á 10 granos) tres veces al dia.

Preparaciones arsenicales. Hasta el arsénico se ha empleado como medio curativo del cáncer en general y aun del cáncer del estómago; pero como nada prueba que este medicamento haya tenido ni aun un efecto paliativo, es inútil ocuparnos de él en este lugar, en razon de lo peligroso que puede ser su uso para los enfermos.

(1) Véase t. III, *Ulceras sifilíticas de la garganta*.

(2) *Hufeland' Journal*, t. LVIII.

(3) *Revue méd.: Emploi de l' oxyphosphate de fer pour combattre le cancer*, par M. Dupouget fils.

Si quisiera indicar todos los medicamentos que se han dado como específicos y apreciar su valor, traspasaria mucho los límites de este artículo: por lo mismo voy solo á citar los principales, á fin de que se puedan someter á la esperiencia todas estas medicaciones, cuya eficacia de ningun modo se halla demostrada.

El *antimonio crudo* á altas dosis, 4 gramos (una dracma), unido á 25 centígramos (5 gramos) de cicuta, ha sido recomendado por Polese (1); el *plomo* por algunos medios alemanes; el *carbon vegetal* ó *animal*, la *sal amoniaco*, *y el musgo de Córcega* aconsejado por Farr (2); el *jugo gástrico* y hasta la *lagartija* (3) han sido elogiados como medios que podian producir la curacion del cáncer. Lo mismo sucede con la *pulpa* y el *zumo de la zanahoria* tomado interiormente ó aplicados en cataplasma; con el *estracto de saponaria* y de *trebol acuático* recomendado por Foderé, el *acetato de potasa* prescrito por Huxham y Tod, y con otras muchas sustancias que seria demasiado largo el enumerar.

Es evidente que para dar algun valor á semejantes remedios se necesitarian numerosos hechos bien observados y severamente analizados, y solo encontramos aserciones que no estan fundadas en pruebas. Por consiguiente es fácil comprender que seria inútil insistir mas en este tratamiento que se pretende que sea curativo, pero no debo omitir el paliativo, porque este es el que mas interesa al médico. En efecto, con él puede aliviar los padecimientos, que son á veces muy intensos, hacer cesar síntomas muy incómodos, y quizás tambien retardar los progresos de la enfermedad.

Tratamiento paliativo. El primer síntoma que hay que combatir son *los trastornos mas ó menos notables* que sobrevienen durante *la digestion*. Antes de que se conociese bien el cáncer del estómago, se procuraban disipar estos síntomas prescribiendo los diversos medicamentos llamados *estomacales*, y con este fin se inventaron la mayor parte de los *elixires* que tan en voga estuvieron en los siglos precedentes. Pero los autores modernos se han opuesto, y con justa razon, contra el uso hecho sin discernimiento de estas sustancias que en lugar de favore-

(1) *Cons. méd.*, 1833.
(2) *An essay on the effects of the fucus helmint. upon cancer*, London, 1822.
(3) GOURLAY, *Ann. de litt. méd. étrang.*, t. XIV.

cer la digestion pueden hacerla mas penosa y tener efectos nocivos. En la actualidad se está de acuerdo en reconocer que el mejor medio de hacer mas fáciles las digestiones es disminuir la cantidad de alimentos, elejirlos entre los de una digestion pronta y fácil, y en lugar de prescribir los alcohólicos al fin de la comida, suprimir hasta el vino ó permitir solo una corta cantidad. Unicamente en los casos en que la enfermedad tuviera un curso muy rápido desde el principio, casos que como hemos visto mas arriba son bastante raros, se someteria á los enfermos á una dieta algun tanto rigurosa, hasta que se calmasen los principales síntomas; pero no se debe olvidar que con frecuencia por este medio se los debilitaria sin ventaja.

Los *dolores del epigastrio* merecen despues toda la atencion del médico, y parece que cuando son violentos y lancinantes es cuando se han obtenido los mejores resultados de los *narcóticos* y de los *revulsivos* esteriormente. Ya he hablado de los primeros; ahora solo añadiré aqui que 3 á 5 centigramos ($^1/_2$ gramo á 1 grano) *de opio por la noche*; 25 *á* 30 *gramos* (6 dracmas á 1 onza) *de jarabe de acetato de morfina* durante el dia, un pequeño vejigatorio colocado sobre el epigastrio para hacer absorver por él diariamente de 2 *á* 5 *centígramos* (de $^1/_2$ á 1 gramo) de *hidroclorato de morfina*, son los mejores medios para combatir estos dolores. Cuando son sumamente intensos, y privan del descanso, como sucede en algunos casos poco frecuentes, es necesario elevar gradualmente la dosis, y aun quintuplicarla sin temer que produzca en los enfermos cierto grado de narcotismo.

En cuanto á los *revulsivos*, consisten en la aplicacion de *vejigatorios* volantes mas ó menos repetidos ó de un vejigatorio permanente en el hueco del epigastrio, en *sedales* ó *vejigatorios* empleados inútilmente por muchos autores con el objeto de fundir el cáncer, en pequeñas *moxas*, como las que recomienda Larrey, ó bien en simples fricciones con un linimento compuesto de:

℞ Aceite de croton tiglio......... 30 gotas.
Aceite de almendras dulces.... 10 gram. (ʒijß)

Se hacen fricciones hasta que salgan numerosos granos. Tambien se hacen fricciones con la *pomada de Autenrieth*, el *bálsamo opodeldoc*, un *linimento amoniacal*, en una palabra, con una sustancia irritante. A esto es preciso añadir que con mucha frecuencia estos medios no producen resultados con-

tra los dolores ocasionados por el cáncer, y si algunos autores los han elogiado tanto es porque trataron otras afecciones y particularmente la gastralgia. Lombard (1) consiguió contener los vómitos por medio del *óxido de bismuto* (2).

Los remedios que acabo de mencionar pueden servir tambien para combatir los *vómitos;* pero hay otros que son mucho mas eficaces todavía, si se ha de juzgar por lo que ha sucedido en algunos casos de los que he analizado; hablo de las *bebidas gaseosas*. Estas bebidas son, como todos saben, *el agua de Seltz*, *la pocion de Riverio*, y en una palabra, los líquidos que contienen una gran cantidad de ácido carbónico. En los casos de que hablo, se administró el agua de Seltz, y creo que este líquido conviene mejor que la pocion de Riverio, que conteniendo un ácido fuerte podria irritar el estómago. En cuatro casos en que se prescribió el agua de Seltz, dos veces no tuvo una influencia marcada en los vómitos: en otros dos sugetos, á pesar de que eran muchos los vómitos porque repetian una ó mas veces al dia y duraban hacia ya algunos meses, cesaron al cabo de siete ú ocho dias de administrar dicha agua, y no se reprodujeron ya hasta el fin de la enfermedad, y aun en uno de ellos sobrevino una gran calma, se aumentó el apetito y el enfermo esperimentó tal mejoría, que pudo creer que iba á curarse. Por consiguiente, no nos cansaremos de recomendar esta medicacion tan sencilla. El *agua de Vichy* (fuente de los Celestinos) tiene bajo el punto de vista que nos ocupa la misma ventaja que el agua de Seltz, y además obra como *fundente*, lo que hace muy útil su administracion. Lo mismo sucede con *el agua de Bussang* (*).

Las *bebidas heladas* y la *aplicacion del hielo al epigastrio*, han logrado tambien algunas veces suspender este síntoma molesto, y se deberia recurrir á ellas si no bastasen los medicamentos anteriormente indicados.

Ya hemos visto que los eructos, las regurgitaciones ácidas y la *pirosis* constituyen síntomas muy incómodos, que se pueden combatir muy bien con las preparaciones *alcalinas*, tales

(1) *Gaz. méd.*, 1836, p. 89 y sig.

(2) Véase para el uso de esta sustancia el art. *Gastralgia*.

(*) Véanse sus equivalentes en nuestra Península, en el *Manual de Aguas minerales* de D. Francisco Alvarez de Alcalá. Librería de D. Angel Calleja.

como la magnesia á la dosis de 4 á 8 *gramos* (1 á 2 dracmas) al dia, el *carbonato de amoniaco*, etc. Habiendo observado Lombard la acidez de las secreciones, y particularmente la de la saliva en los sugetos afectados de cáncer del estómago, ha insistido principalmente en esta medicacion, que espondré con mas pormenores al tratar de la *gastralgia*, enfermedad en que este síntoma aparece muy manifiesto.

Se ha tratado de *aumentar las fuerzas* prescribiendo los *tónicos* y especialmente la *quina;* pero de ningun modo está probado que este remedio haya servido ni aun de paliativo. Sin embargo, se haria mal en creer que la medicacion tonica, á no ser que se usen los líquidos alcohólicos, tienen los grandes inconvenientes que se les ha querido atribuir; pues por el contrario, los hechos prueban que no ha sido seguida su administracion de síntomas graves, y algunos médicos como Bayle y Cayol han podido comprobar sino su eficacia cuando menos su inocencia; asi pues no hay motivos á lo menos al principio de la enfermedad para participar de los temores de J. Frank que formalmente los proscribe.

Tal es el tratamiento paliativo, el único, repito, que realmente es de importancia. Además de esto es preciso estudiar la preferencia que manifiesta el estómago para tal ó cual alimento y para esta ó la otra bebida. En efecto, si es cierto que los vómitos es uno de los síntomas temibles, se conoce cuán imprudente seria obligar á los enfermos, bajo el pretesto dé no hacerles tomar mas que alimentos de fácil digestion, á mantenerse de sustancias que repugnase su estómago. No olvidemos que pueden vomitarse los lacticinios y las carnes blancas, cuando se llevan todavía bien las carnes negras y las mas duras de las de caza. Finalmente añadiremos que se pueden recomendar los baños tibios y los de aguas minerales, como los de Vichy, de Neris y de Bagneres, que han logrado en algunas ocasiones una mejoría sensible.

Resúmen y prescripciones. No se debe temer el repetir para que el médico trate de averiguar exactamente la verdad, y no se forme ilusiones, que no hay ni uno solo de los medios precedentes cuya eficacia esté demostrada como medio curativo; pero que como paliativos los hay muy útiles, entre los cuales se debe citar mas particularmente el agua de Seltz contra los

vómitos, los opiados contra los dolores, los alcalinos contra los eructos ácidos, y un régimen bien adecuado contra los desarreglos de la digestion. Solo presentaré un corto número de prescripciones, porque siendo muy variados los casos, únicamente viendo el enfermo se deben agrupar los diversos medicamentos para formarlas.

PRESCRIPCION I.

EN UN CASO DE CÁNCER INCIPIENTE.

1.° Para bebida, infusion de saponaria endulzada con jarabe de goma.

2.° Tomar todos los dias en las comidas media ó una botella de agua de Vichy.

3.° Píldoras de cicuta á dosis crecientes (véase pág. 215).

4.° Fricciones irritantes en la region epigástrica (véase página 220).

5.° Si fuesen vivos los dolores, aplicar uno ó mas vejigatorios volantes.

6.° Para combatir el estreñimiento, lavativas con 30 ó 40 gramos (8 á 10 dracmas) de sulfato de sosa, ó 60 á 75 gramos (2 á 2½ onzas) de aceite de ricino.

7.° Régimen compuesto de sustancias ligeras en corta cantidad y apropiadas al gusto del enfermo, que se deberá consultar. Ejercicio moderado todos los dias y distracciones.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE CÁNCER MAS ADELANTADO CON VÓMITOS FRECUENTES.

1.° Para bebida, infusion de flor de saúco endulzada con jarabe de flor de naranjo.

2.° Beber durante el dia una ó dos botellas de agua de Seltz mezclada con la infusion anterior.

3.° Todas las noches una píldora de 3 á 5 centígramos (de ½ á 1 grano) de estracto tebaico, que se dará á mayor dosis si los dolores fuesen escesivos.

4.° Despues de cada comida una ó dos cucharadas de café de jarabe de acetato de morfina.

5.° Revulsivos al epigastrio ó un exutorio (véase pág. 220).

6.° Régimen mas severo que en la prescripcion precedente, y los demás remedios anteriormente espuestos.

No creo oportuno formar prescripciones para los últimos tiempos de la enfermedad, porque entonces es necesario llenar las diversas indicaciones que se pueden presentar. Unicamente diré que la diarrea se combate por los astringentes, los opiados, el diascordio, etc., y que los síntomas que se manifiestan en las vias respiratorias se tratan por los medios adecuados que he dado á conocer en su lugar oportuno.

Resúmen. 1.° *Tratamiento curativo.* Emisiones sanguíneas, narcóticos, antiespasmódicos, fundentes, mercuriales, preparaciones de oro, preparaciones ioduradas, ferruginosas ó arsenicales y otros diversos medios.

2.° *Tratamiento paliativo.* Medios contra los trastornos digestivos; contra los dolores del epigastrio: opiados, revulsivos; contra los vómitos, contra los agrios y la debilidad; régimen.

ARTICULO XII.

GASTRALGIA.

Bien se puede decir, sin temor de ser desmentido por los autores, que no ha sido bien estudiada la gastralgia hasta estos últimos tiempos, aunque no faltan muchísimos trabajos que directamente se refieran á esta enfermedad. Antes por el contrario, se encuentran bajo infinitas denominaciones diferentes, y particularmente con la de *cardialgia* muchas disertaciones y memorias sobre los dolores de estómago. Pero cuando se leen con alguna atencion estos escritos, no se tarda en notar que con el nombre de *cardialgia* han incluido casi todas las enfermedades gástricas que van acompañadas de un dolor mas ó menos vivo. Para convencerse de ello, basta recorrer la division admitida por J. Frank, quien admite las especies siguientes: cardialgia *ocasionada por la ingestion de los cuerpos estra-*

ños; 2.° la *dispépsica* ó *saburral*; 3.° la *biliosa*; 4.° la *flatulenta*; 5.° la *producida por una secrecion ácida* (pirosis, soda); 6.° la *pituitosa*; 7.° la *verminosa*; 8.° la *pletórica*; 9.° la *reumática ó artrítica*; 10.° la *carcinomatosa*; 11.° la *espasmódica*, y 12.° la *atónica ó paralítica*.

Es evidente que se pudiera describir á la vez bajo estos diferentes nombres el embarazo gástrico, la gastritis aguda y crónica y hasta el cáncer del estómago, y esto es precisamente lo que se ha hecho, porque si se examinan los casos particulares, y principalmente si se atiende á las lesiones anatómicas que los autores tienen con frecuencia ocasion de mencionar, se ve bien pronto que se han incluido todas estas afecciones entre los casos de cardialgia. Y aun es necesario añadir que algunas afecciones de las paredes del pecho y del abdómen, que producian dolores bastante vivos en la region epigástrica, han sido tomadas por algunos médicos como dolores de estómago. Seria difícil formarse una idea de la confusion que resulta de presentar asi todos estos hechos mezclados, la que llega á ser tal que es absolutamente imposible encontrar algunos datos exactos sobre una enfermedad determinada.

En estos últimos años se ha procedido de un modo diferente, y entre todas estas afecciones que ocasionan dolor de estómago y el desarreglo de las digestiones, se ha indagado si habria una que hallándose únicamente caracterizada por estos síntomas sin ninguna otra alteracion orgánica, mereciese esclusivamente el nombre de *gastralgia*. De esta manera se ha llegado á establecer la existencia de una afeccion nerviosa, notable ya por la violencia y la intensidad de los dolores, ya por la dificultad de las digestiones, que se distingue perfectamente de todas las demas afecciones gástricas, y á la cual se ha reservado el nombre de *gastralgia*, de la que solamente nos ocuparemos en este artículo.

Pero aunque por esta esclusion de tantos estados patológicos diversos se haya simplificado y fijado la cuestion, queda todavía un punto controvertible del que conviene decir aqui algunas palabras. En los hechos referidos en estos últimos años con el nombre de *gastralgia*, hay cierto número en los que no ha habido dolor, y caracterizan solo la afeccion, los desarreglos de la digestion, los vómitos, etc. ¿Se deberá admitir entonces que

hay una gastralgia? Esta cuestion parece á primera vista mas importante de lo que lo es en realidad, puesto que solamente se trata de la mayor ó menor exactitud de la denominacion. En efecto, los trastornos duraderos de la digestion producidos por una perturbacion nerviosa, son mas ó menos dolorosos segun las circunstancias, y en un mismo sugeto se pueden observar ya dolores vivos, ya un simple peso epigástrico, ó faltar completamente el dolor, y esto á veces con muy cortos intervalos. El doctor Barras (1) ha insistido mucho sobre este hecho. Asi pues en la actualidad seria muy dificil establecer una distincion entre la neurosis dolorosa del estómago y la que no va acompañada de dolor; por consiguiente se las debe describir en un solo y mismo artículo, limitándonos para evitar toda interpretacion falsa, á advertir que en ciertos casos hay solo digestion laboriosa *(dispepsia)*, y que en otros viniendo á agregarse el dolor del estómago á los demás síntomas, hay una gastralgia completa.

Los autores que han tratado de esta enfermedad, son como he dicho ya muy numerosos, y entre ellos debemos citar muy principalmente á Trunka (2), Schmidtmann (3) y en fin á Barras, que ha tenido el mérito de volver á hacer que los médicos creyesen en la existencia de las neurosis gástricas en una época en que todo se atribuia á la inflamacion. Asi pues la análisis de las observaciones que se refieren en la obra de este escritor, á los cuales he agregado algunos otros, me servirán en gran parte de guia para trazar la descripcion siguiente.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Doy el nombre de *gastralgia* á un trastorno nervioso mas ó menos considerable del estómago con perturbacion de las digestiones, y por lo regular con un dolor mas ó menos vivo.

Aunque se ha descrito la gastralgia, como ya se ha dicho antes, principalmente con el nombre de *cardialgia*, tambien

(1) *Traité des gastralgies et des entéralgies*; Paris, 1827.
(2) *Hist. cardialgiæ*; Vind., 1785.
(3) *Summa observ. ex prax. med.: De cardialgia.*

se le han dado los de *neuralgia celiaca*, *gastrodinia*, *cardiadinia*, *cardiogmus*, *dispepsodinia*, *affectus cardiacus*, *passio cardiaca*, *dolores*, *espasmos ó calambres* del estómago. Los alemanes la designan con la denominacion de *Magenschmerz*, etc.; pero estando generalmente admitido el nombre de *gastralgia*, se le debe conservar, aunque no sea muy exacta su significacion, como hemos manifestado ya.

Esta afeccion es seguramente una de las mas *frecuentes* del cuadro nosológico, sin embargo de que ya veremos en el artículo *tratamiento* cuánto ha variado su frecuencia segun que las diversas teorías médicas han hecho emplear tales ó cuales medios de tratamiento en las diversas enfermedades, y sobre todo en la del estómago. Efectivamente bastará recordar el gran número de gastralgias que se encontraban hace quince años con el nombre de *gastritis crónicas*, para formarse una idea de la frecuencia de la afeccion, y de la influencia de las ideas teóricas de que se trata.

§. II.

CAUSAS.

La gastralgia es una de las afecciones que tienen mayor número de causas y mas diferentes: no obstante se ha exagerado mucho cuando en cada hecho particular se ha querido encontrar en alguna circunstancia, muchas veces accidental, la causa de la enfermedad. Por lo tanto indicaré lo que nos dicen los autores sobre este punto, manifestando de paso lo que hay de cierto en sus aserciones.

1.° Causas predisponentes.

Edad. Segun Barras (1) que es casi el único que ha fijado su atencion en este punto, la gastralgia se declara por lo general desde la *edad* de quince años hasta la de cuarenta y cinco. De los hechos que ha reunido resulta que la edad de los enfermos ha variado desde diez y seis á cincuenta y seis años, que solo dos pasaban de cincuenta, y que el término medio

(1) *Précis anat. sur le cancer de l' estomac*, etc.; Paris, 1842.

fue de treinta y dos años y una fraccion, sin que haya habido gran diferencia bajo este aspecto en uno y otro sexo: por consiguiente la proposicion de Barras se halla confirmada por los hechos. Es verdad que á veces ocurre tratar gastralgias en sugetos de mas edad; pero como hace notar este autor, remontándose al principio de la afeccion, se verá que se manifestó en la época de la vida que he indicado mas arriba.

Sexo. Todos los autores han convenido que era mas frecuente la gastralgia en las mugeres que en los hombres; sin embargo, de treinta y nueve observaciones que he reunido, veinte correspondian á individuos del sexo femenino, y por consiguiente no es muy notable la diferencia. Pero si se considera que la leucorrea es una de las causas mas frecuentes de la gastralgia, y que apenas se observa en los hospitales esta afeccion en los hombres, siendo asi que se presenta frecuentemente en las mugeres, se deberá admitir que esta diferencia es demasiado pequeña, lo que sin duda depende del corto número de hechos que he podido consultar.

Temperamento. Naturalmente se ha debido atribuir una gran influencia al *temperamento nervioso;* pero en la mayor parte de casos los médicos no han visto á los enfermos hasta que ha llegado una época en que la gastralgia les habia constituido en una grande irritacion nerviosa, y la falta de datos exactos impide saber en qué proporcion de casos existia este temperamento antes de la invasion de la afeccion. Por lo tanto limitémonos á consignar esta proposicion de los autores apoyada en bastante número de hechos, en los que se dice simplemente que el temperamento era nervioso sin entrar en otros pormenores.

Constitucion. Aunque se ha dicho generalmente que una constitucion delicada y endeble predisponia mucho á la gastralgia, se encuentra en la mayor parte de las observaciones en que se hace mencion de esta circunstancia, que antes de desarrollarse la enfermedad la constitucion era buena y aun robusta. Se han confundido en las descripciones las constituciones primitivamente malas y las constituciones deterioradas, ya por largas enfermedades anteriores, ya por un tratamiento enérgico, y sobre todo como veremos mas adelante, por el tratamiento *antiflogístico.* En semejante caso la constitucion actual

es evidentemente favorable al desarrollo de la enfermedad.

Higiene. Tambien se ha considerado la *vida sedentaria* como una de las principales causas de la gastralgia; por desgracia, bajo este punto de vista los autores solo han indicado sus impresiones generales, sin cuidarse de preguntar atentamente á los enfermos, ó á lo menos de consignar sus respuestas en las observaciones. Una cuestion que está relacionada con la de la vida sedentaria, es la influencia de la *profesion;* pero tambien bajo esta consideracion son insuficientes las observaciones, primero por su cortísimo número, y en segundo lugar por la falta de pormenores. En los casos que he examinado hay muy pocos en que se haga mencion de la profesion, y en este corto número solo la mitad de los sugetos se veian obligados por la naturaleza de sus ocupaciones á tener una vida sedentaria. Las mismas reflexiones se aplican á la influencia de los *trabajos del bufete.* Sin embargo, á pesar de la insuficiencia de estos hechos, es preciso decir, en vista de las observaciones diarias, que las personas que se ocupan en esta clase de trabajos se ven con mas frecuencia que cualesquiera otras afectadas de esta neurosis.

Estado de salud anterior. Es bastante dificil juzgar del estado de salud anterior, en atencion á que con mucha dificultad se puede separar lo que ha precedido á la enfermedad de los síntomas de esta misma. En efecto, casi siempre los enfermos han esperimentado en una época mas ó menos distante del principio de la gastralgia, y con frecuencia en varias ocasiones, diversos trastornos nerviosos: tales como las jaquecas, los dolores en los diferentes cordones nerviosos, los cólicos y con mas frecuencia todavía los dolores de estómago; pero no se puede ver en todo esto verdaderas causas predisponentes, y son mas bien enfermedades debidas á la misma causa que produce la gastralgia. Esta observacion es un complemento de lo que he dicho mas arriba acerca de la influencia del temperamento nervioso.

Se han considerado igualmente al *histérico* y á la *hipocondría* como afecciones que predisponen á la gastralgia. En cuanto á la primera de estas enfermedades, no se hace mencion de ella mas que una sola vez en las observaciones que he reunido; y respecto de la segunda, es con demasiada frecuencia, como veremos mas adelante, una consecuencia de la enfermedad misma, para que se deje de creer que en la mayor parte de los

casos la gastralgia existia ya aunque en menor grado, cuando se ha manifestado la hipocondría.

Los *pesares* y las *emociones morales muy prolongadas* deben considerarse mas bien como causas eficientes que como predisponentes; por consiguiente se tratará de ellas en el párrafo siguiente, limitándonos por ahora á manifestar que los sugetos que se hallan en estas circunstancias desfavorables, reciben mas fácilmente la influencia de las causas ocasionales, y que bajo este aspecto se puede mirar á este estado moral como una predisposicion evidente.

Ya he manifestado anteriormente que una *debilidad* ocasionada por pérdidas abundantes de sangre y por un régimen demasiado severo, precedia con bastante frecuencia á la gastralgia: esta es una causa eficiente, pero que en algunos casos es predisponente, porque pone á los enfermos en condiciones para que las demás causas obren fácilmente.

Merece que se tenga en consideracion el *estado de las reglas*. De ocho mugeres de quienes se tomaron noticias exactas, tres solo estaban bien regladas; pero en este caso aun mas que respecto de las causas precedentes, es necesario preguntar si la disminucion, la supresion y la dificultad de las reglas no son un efecto de la causa general que ha producido la afeccion nerviosa, mas bien que una predisposicion.

La mayor parte de las observaciones de gastralgia se han tomado de sugetos que *habitan las ciudades;* por otra parte sabemos que la permanencia en el campo produce casi constantemente buenos efectos en los casos de neurosis gástrica confirmada, de donde se debe deducir que el habitar en las grandes ciudades, en las que por lo demás las causas ya mencionadas y las que indicaré inmediatamente obran con mayor energía, es favorable al desarrollo de la gastralgia.

Origen hereditario. Todos los autores consideran á esta afeccion como hereditaria, pero es dificil formarse una opinion sobre este punto, porque apenas hay observaciones en que se haya indagado convenientemente este origen. Por lo tanto contentémonos con hacer esta indicacion mientras se adquieren noticias mas exactas (1).

(1) P. Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité:* Paris, 1850.

Tambien se han admitido como causas predisponentes de la gastralgia el uso de las *bebidas heladas*, de los *ácidos*, de los *diversos elíxires*, de los *vomitivos*, de los *drásticos*, de los *alimentos indigestos*, *etc.;* pero la ingestion de estas sustancias debe mas bien incluirse entre las causas ocasionales, por lo cual diré de ellas algunas palabras mas adelante.

El *estado de preñez* es tambien una de las causas predisponentes que se atribuyen á la gastralgia. Es sabido que durante el primer mes y aun en el segundo sobrevienen en las mugeres preñadas trastornos digestivos mas ó menos notables, que hasta se pueden mirar como *gastralgias sintomáticas*. Pero en ciertos casos persisten los síntomas gastrálgicos, se hacen muy intensos y exigen un tratamiento particular. Yo he tenido recientemente ocasion de observar un ejemplo notable, y existen otros muchos en los autores.

Se ha creido encontrar en las *cualidades del aire* y en la *temperatura*, causas predisponentes eficaces. La *humedad* y el *calor* son las condiciones atmosféricas en que segun los principales autores (Comparetti, Tissot, etc.) se desarrolla con mas frecuencia la gastralgia, por cuya razon debe ser mas frecuente esta enfermedad durante la primavera y en el estío que durante el invierno; pero seria de desear que estas aserciones se apoyasen en bases mas sólidas.

En fin, segun Barras, hay *ciertas constituciones médicas* favorables al desarrollo de las gastralgias. Asi pues mientras reinó el cólera se vió con mas frecuencia esta afeccion que en los años que han precedido y seguido á la epidemia; pero este es un hecho del que volveré á hablar en el artículo dedicado al *cólera epidémico*.

Además de todas estas causas, hay segun todos los autores, y la esperiencia diaria nos enseña que esta observacion es justa, una predisposicion particular, una *idiosincrasia*, que en un gran número de casos es la única que puede esplicar la produccion de la enfermedad bajo la influencia de causas sumamente leves. Efectivamente, vamos á ver en el párrafo siguiente que las bebidas y los alimentos mas usados, pueden producir en ciertos sugetos una gastralgia bien caracterizada.

No he creido que debia hacer mencion de la *clorosis* y la *anemia* entre las causas predisponentes, en atencion á que ya he

hablado, al tratar de estas dos afecciones, de los trastornos nerviosos del estómago que se desarrollan durante su curso.

2.º Causas ocasionales.

Entre las causas ocasionales debemos poner en primer lugar la ingestion de ciertas sustancias en el estómago. En los sugetos predispuestos á ella pueden ciertos alimentos y bebidas producir una gastralgia bien caracterizada.

Entre los alimentos se deben mencionar primeramente las *especias*, tales como la pimienta, la canela, el pimenton, etc. Hay ciertos sugetos que no pueden usar de estos condimentos sin esperimentar dolores de estómago y desarreglos de la digestion. Lo mismo sucede con otras *sustancias acres* y de *sabor fuerte*, como el ajo, la cebolla, los rábanos, etc. Tambien se ha notado que las *salazones* producian el mismo efecto; pero seria inútil entrar en estensos pormenores tocante á este punto, y tanto mas que donde mas se necesita recurrir á la idiosincrasia de que hablamos hace poco, es en los efectos de la alimentacion. J. Frank cita con este motivo un ejemplo bien notable. Un sugeto no *podia comer fresas* sin sufrir dolor en el estómago, y lo mismo sucedia con su hijo adoptivo, en el cual llegaba este dolor hasta producir la lipotimia, mientras que su padre á quien todos los frutos ácidos le ocasionaban una gastralgia, podia comer fresas en gran cantidad sin ningun inconveniente. Basta semejante hecho para demostrar cómo las causas obran de diferente modo segun los individuos, y cuán necesaria es la predisposicion.

Unicamente añadiré que las frutas que tienen *mayor acidez* son las que producen mas fácilmente la gastralgia. Por mi parte he visto dos mugeres cloróticas que despues de haber comido algunos cachos de naranja fueron atacadas de dolores intensos de estómago, que un tratamiento antiespasmódico y narcótico hizo desaparecer muy pronto.

Entre las bebidas se han citado los *líquidos fermentados;* pero es menester tener cuidado de no confundir en semejante caso la gastralgia con una verdadera indigestion. Efectivamente, se ve que despues de la ingestion de una gran cantidad de líquido fermentado, sobrevienen dolores vivos de estómago que se di-

sipan poco despues cuando habiendo arrojado esta sustancia por vómitos y cámaras cesa aquel órgano de esperimentar una distension forzada. Se puede aplicar á las *bebidas ácidas* lo que he dicho mas arriba de los frutos acídulos.

Se han incluido tambien entre las sustancias que provocan la gastralgia los *eméticos*, los *drástricos* y los *narcóticos;* pero los hechos no son muy concluyentes respecto á este punto. En cuanto á los *venenos acres* indicados por Etmuller, Foresto y Alberti (1), á los *cuerpos estraños*, y en particular al *vidrio molido* (2), evidentemente se ha confundido una inflamacion del estómago con una simple neurosis.

No haré mas que mencionar aqui la *supresion de los flujos sanguíneos* ó de otros flujos en atencion á que nada nos manifiestan los hechos de positivo tocante á este punto; pero insistiré por el contrario en una observacion que se puede hacer todos los dias. Efectivamente, es muy comun encontrar dolores de estómago persistentes, molestos y algunas veces vivos, en las mugeres afectadas de una *leucorrea abundante;* en las que tienen *menstruos* que fluyen en mayor cantidad que la ordinaria, y en los sugetos que padecen de *flujos hemorroidales* considerables.

Parece que estos hechos estan en contradiccion con la opinion de los autores tocante á la supresion de los flujos. Sin embargo, Mondiere (3) ha citado un caso en que se desarrolló una gastralgia despues de la *supresion del sudor de los pies.*

Como causas eficientes obran tambien las *sangrías abundantes,* el *abuso de las bebidas emolientes* y de las *carnes blancas*, un *régimen demasiado severo*, en una palabra, todo lo que debilita profundamente la constitucion. Entre las observaciones de Schmidtmann, de Barras y de Rougier (4) hay un gran número en que se declaró la gastralgia en las circunstancias que se acaban de indicar. En las observaciones que he reunido tambien se ha hecho mencion dos veces del *onanismo* que debilita igualmente la economía. Los *escesos venéreos* y las *fatigas* de toda clase pueden tener el mismo resultado; sin embargo, recorriendo las observa-

(1) *Diss. de ventriculi ardore*, §. 12.
(2) *Hufeland's Journal;* 1832.
(3) *Journal l' Expérience*, abril, 1838.
(4) *De l' emploi de la morphine et de la strychnine dans quelques affections nerveuses.*



ciones, se conoce pronto que se ha exagerado mucho la influencia de estas causas. Por otra parte, no se ha atendido bastante á la *leucorrea*, de que he hablado ya, y que vuelvo á citar otra vez, porque es una de las causas mas poderosas de la gastralgia.

Tambien debo hacer mencion de las diversas *desviaciones de la matriz*, afecciones rebeldes que dan lugar á diversos trastornos nerviosos muy diferentes.

Nos queda ahora que hablar de una causa muy importante, cual es la accion de los *pesares profundos y prolongados*. De treinta y siete casos que he consultado sobre este particular, hay trece en los cuales se desarrolló la gastralgia en condiciones semejantes, y en cuanto á los demás las mas veces no se ha indagado la existencia de esta causa. Cuando se piensa en la influencia que tienen las emociones morales fuertes y desagradables sobre el apetito y la digestion, aun cuando son momentáneas, se comprende fácilmente que pueden producir á la larga una neurosis duradera del estómago, y hasta se ha visto seguir una gastralgia persistente á una emocion muy viva, aunque de corta duracion.

Respecto á las *violencias esternas*, á los *movimientos bruscos*, á los *grandes esfuerzos*, etc., basta que se haga mencion de ellos como causas que han sido admitidas por algunos autores.

Al terminar este párrafo no puedo menos de hacer notar que no se han hecho rigurosas investigaciones sobre las causas de la gastralgia, y que un trabajo que tuviera por base observaciones exactas y detalladas seria de la mayor importancia. Añadiremos sin embargo, una consideracion general, y es que está bien demostrado que las gastralgias rebeldes y de larga duracion, aquellas para las que los enfermos reclaman mas particularmente los auxilios de la medicina, son producidas por los debilitantes, por los pesares profundos y prolongados, ó bien sobrevienen en condiciones particulares del organismo, como en la clorosis, en la leucorrea y á veces en la preñez. Estas son las que dan principalmente origen á la hipocondría. En cuanto á las demás gastralgias, y sobre todo aquellas que se desarrollan bajo la influencia de las sustancias ingeridas, son ordinariamente pasajeras, cualquiera que sea el grado de violencia que tengan.

§. III.

SÍNTOMAS.

Se han distinguido en la gastralgia muchos grados. Schmidtmann y Barras insisten en que conviene tener en consideracion estos diversos grados que estan fundados en la naturaleza ó en la intensidad de los síntomas. Efectivamente, es cierto que segun los diferentes casos se presenta la gastralgia con diversos aparatos de síntomas. Ya he dicho mas arriba que segun el curso de la enfermedad, no era posible dejar de comprender en su descripcion ciertos desórdenes nerviosos de la digestion, que exacerbados se convierten en una gastralgia manifiesta. Me parece que los casos de esta especie pueden describirse con el nombre de *digestion laboriosa* ó *trastornos nerviosos de la digestion*, estado particular al cual se ha dado el nombre de *dispepsia*. En efecto, mientras se verifica esta funcion es cuando principalmente aparecen los fenómenos que caracterizan este estado. Vienen en seguida los casos en que es la perturbacion mas permanente, y en que hay vómitos, las mas veces bastante tiempo despues de las comidas. Por último, quedan aquellos en que se sienten en la region epigástrica dolores mas ó menos vivos y diversas sensaciones; pero me parece que se deben confundir estos dos últimos órdenes de hechos, porque es sumamente frecuente ver en las observaciones que se reunen estos diversos síntomas ó se reemplazan con cortos intervalos. En mi concepto es mas importante para la práctica el distinguir los casos en que se produce una gastralgia pasajera, aunque viva, y cuya causa es siempre la accion de los alimentos ó de las bebidas sobre el estómago, de aquellos en que sobreviniendo menos repentinamente la afeccion y bajo la influencia de causas menos evidentes, es permanente y rebelde. A la primera de estas especies se la pudiera designar con el nombre de *gastralgia aguda*, y á la segunda con el de *gastralgia crónica*. Ya daremos á conocer sus particularidades en el curso de este artículo.

Digestion laboriosa causada por un desórden nervioso del estómago. Dispepsia. Es menester distinguir con cuidado este estado de la verdadera *indigestion*. Es muy comun encontrar

sugetos que sin haber hecho ningun esceso, ni haber tomado alimentos indigestos, esperimentan, ya frecuentemente ó con intervalos mas ó menos largos, un desórden nervioso del estómago bastante notable, que consiste en una sensacion de peso en la region epigástrica, un malestar general, y á veces desarrollo de gases que distienden el epigastrio y dan á esta region un sonido timpanítico. Tales son estos trastornos, que por lo demás no impiden que se efectúe la digestion, y que al cabo de poco tiempo dejan al enfermo en su estado normal.

Lo que prueba que en estos casos hay realmente un trastorno nervioso, es que en ciertas circunstancias puede sobrevenir un dolor bastante vivo, y dar á esta ligera indisposicion el carácter de la gastralgia. Se ha observado que los sugetos mas espuestos á estos accidentes son los de un temperamento nervioso, los que estan debilitados por los escesos venéreos, por evacuaciones considerables, en una palabra, que se hallan en las mismas condiciones que los sugetos afectados de verdadera gastralgia.

Hay casos en que sin adquirir mas intensidad, estos trastornos nerviosos se hacen mas notables por su permanencia, y aunque nunca ó casi nunca haya verdadera indigestion se observa que las digestiones son largas, laboriosas y penosas. Un hecho que he observado en algunos individuos que se hallaban en estas condiciones, y que me parece propio del estado de que se trata, es que con bastante frecuencia é inmediatamente despues de comer, se advierten algunos dolores de vientre, y una ó muchas cámaras líquidas, que se detienen en seguida espontáneamente. Otros padecen borborigmos semejantes á los que presentan ciertas mugeres nerviosas y principalmente las histéricas; en fin, otros estan sujetos á cólicos flatulentos, accidente de que hablaremos al tratar de las enfermedades de los intestinos.

2.° *Gastralgia propiamente dicha.* Los síntomas de la gastralgia son notables por las muchas variaciones que presentan; pero aunque los autores que se han ocupado de esta afeccion y en particular Schmidtmann hacen esta observacion, sin embargo creo que se ha exagerado esta mutabilidad de los síntomas, puesto que como veremos mas adelante no es dificil reunirlos con un lazo comun.

Invasion. Es raro, como he hecho notar mas arriba, que se desarrolle la enfermedad repentinamente; pues por el contrario, se ve en la mayor parte de las observaciones que con frecuencia ha habido, antes de haberse confirmado la gastralgia, cierta serie de síntomas que han molestado mas ó menos á los enfermos; tal es la dificultad de la digestion de que acabo de hablar, y que ha sido notada con cuidado en nueve enfermos entre quince en quienes se indagó si habia existido este accidente. Otros en mas corto número padecian ya dolores en el epigastrio mas ó menos frecuentes, y solo tres vomitaban por la causa mas leve. Uno se quejaba de esperimentar hacia largo tiempo algo de sufocacion y espasmos en un lado del pecho; otro tenia un dolor en este sitio, y solo esperimentába una sensacion de peso en el epigastrio. Por último, se dice en dos observaciones, que los enfermos tuvieron durante algunos dias síntomas de embarazo gástrico antes de que se desarrollase la gastralgia.

¿Es posible mirar á los fenómenos que acabo de enumerar como verdaderos *síntomas precursores?* Si se considera que estos fenómenos pertenecen todos á la gastralgia, nos veremos mas inclinados á admitir que esta afeccion existia ya, aunque era tolerable, cuando una agravacion notable en los accidentes obligó á los enfermos á recurrir á los auxilios de la medicina; de donde resulta que la gastralgia puede desde luego presentarse con un aparato de síntomas poco graves, aparecer y desaparecer por intervalos variados, hacer progresos lentos, y por último, concluir despues de algun tiempo por adquirir un alto grado de violencia.

La *invasion repentina* que segun he manifestado se observa rara vez, se verificó en un caso en que no se encontró ninguna causa eficiente apreciable; pero es menos raro ver que se desarrolla de pronto á consecuencia de tomar sustancias que producen la gastralgia, un dolor violento de estómago con trastornos mas ó menos notables de la digestion, lo cual se puede verificar en estado de perfecta salud, pero que se observa mas comunmente en las personas debilitadas ó cloróticas, que sin embargo no esperimentaban ningun trastorno apreciable de las funciones del estómago hasta el momento en que aparecieron estos síntomas.

Síntomas. El *dolor* es el principal síntoma de la gastralgia.

Entre las observaciones que he reunido solo se ha notado veintitres veces; pero seria engañarse si se creyese que este número es exacto, porque en muchas de estas observaciones redactadas con demasiado laconismo, se han limitado sus autores á decir que se reconocieron todos los síntomas de la gastralgia.

Tambien hay que distinguir con cuidado el *dolor espontáneo* del *dolor á la presion*, porque este es un punto muy importante para el diagnóstico. El *dolor espontáneo* es el que se manifiesta casi esclusivamente. Rara vez es leve, casi siempre vivo y á veces atroz. En cuatro sugetos cuyas observaciones he referido, era insoportable, tenia el carácter de lo que se ha llamado *cólicos de estómago*, denominacion en la que se han confundido la mayor parte de los dolores vivos que se manifiestan en la region epigástrica.

Si se pregunta á los enfermos para saber cuál es la naturaleza del dolor que esperimentan, se espresan de diversos modos: uno le compara á la sensacion que produciria un *hierro hecho ascua*; otro como si le *retorcieran* el estómago; otro á una *constriccion violenta*, etc.; en una palabra, encontramos aqui todas las diversas sensaciones notadas en los dolores nerviosos, que espondré detalladamente al tratar de las neuralgias.

A veces son contínuos estos dolores; pero este caso es el mas raro, puesto que solo encontramos tres sugetos que se quejasen de padecimientos contínuos, y aun es necesario notar que en ellos habia un aumento mas ó menos considerable de los dolores, ya inmediatamente despues de la ingestion de los alimentos, ya durante el curso de la digestion. En los demás casos esperimentaban los enfermos una calma mas ó menos prolongada y repetida en las veinticuatro horas, sintiéndose el dolor espontáneo principalmente despues de comer, el cual llega á veces á tan alto grado, que los enfermos no se atreven á tomar la menor cantidad de alimentos, lo que no hace mas que aumentar la sensibilidad exaltada del estómago.

El *asiento de este dolor* es el epigastrio, en donde ocupa siempre una estension bastante considerable. Los primeros autores que se han ocupado de esta enfermedad han querido fijar este asiento esclusivamente en el *cardias*; pero la observacion ha probado que no se hallaba mas afectado este orificio que el resto del estómago.

Ya he dicho mas arriba que los dolores eran por lo comun bastante vivos, y ahora añadiré que á veces lo son hasta tal punto que los enfermos cambian á cada instante de posicion, toman posturas estravagantes, se echan sobre el vientre, al través de la cama, etc. Los casos de este género son raros, y los dolores aunque tan intensos, son pasajeros. Tambien se debe admitir que en ciertos casos referidos por los autores habia no una simple gastralgia, sino una afeccion de los órganos inmediatos, por ejemplo, del hígado ó de los nervios intercostales.

Solo en un caso se *exasperó el dolor por la presion*, y entonces era atroz. Por el contrario, en otro sugeto se aliviaba notablemente por la presion; de aqui resulta que el dolor provocado es muy poco significativo en la gastralgia. Sin embargo, este es el lugar oportuno de hacer notar que muchos sugetos no pueden soportar el contacto de un cuerpo estraño sobre el estómago, que se ven obligados á apartar hasta las ropas de la cama, que las mugeres en particular no pueden ponerse el corsé, lo que les impide muchas veces salir de casa; pero en semejantes casos hay mas bien aprension por parte de los enfermos é irritabilidad de la region epigástrica, que verdadero dolor.

Por último, sin haber un dolor verdadero, hay *sensaciones particulares* que no dejan de ser incómodas. Un sugeto se quejaba de sentir en el estómago como *que andaba un reptil;* otro sentia en él como si hubiese un *cuerpo estraño*; otros en fin, esperimentan ya una sensacion de peso con malestar, ya un verdadero dolor, ya algunas de las sensaciones particulares que acabo de mencionar. Muchos enfermos de los que *llevan mal* los líquidos y que tienen el estómago distendido por gases, oyen un *ruido de gluglu* (zurrido) en cada movimiento que á muchos les espanta, porque deducen de él presagios funestos, pues se creen hidrópicos, etc., etc. Esto es lo que sucede principalmente en los hipocondriacos, como se ve en los casos de este género que cita el doctor Barras.

Aunque el dolor tenga su asiento especial en el epigastrio, sin embargo, puede estenderse mas allá. En efecto, de once sugetos en quienes se trató de reconocer el sitio del dolor en otros puntos diversos de esta region, se ha visto que en siete se

prolongaba hácia la region dorsal ó en los dos hipocondrios. Pero cuando se han hecho estas dos observaciones no se conocia la neuralgia intercostal, ó solo se tenia una idea imperfecta de ella; por consiguiente no se puede asegurar si esta neuralgia existia en la mayor parte de los casos de que se trata. En cuanto á mí he reconocido perfectamente su existencia, y lo que es muy notable, he podido algunas veces hacerla desaparecer por un tratamiento apropiado sin disminuir en nada los síntomas gástricos. Thirial ha publicado un caso semejante en el *Journal de Médecine.*

A pesar de que el estado del *apetito* es uno de los síntomas mas importantes de la enfermedad, los autores no han fijado su atencion en él mas que en doce casos; pero en ellos se ve que nunca faltó el apetito, que solo dos veces fue algo menor que en el estado de salud, durante el curso de la gastralgia; que en otros dos sugetos se mantuvo perfectamente, y por último, que en los demás era variable, pues ya se hallaba disminuido de una manera notable, ya completamente perdido, ya volvia casi del todo á su estado normal. Es muy importante tener presente esta variacion del apetito, porque no se la encuentra en ninguna otra afeccion del estómago.

En algunos sugetos estaba por el contrario muy *aumentado el apetito*, sobre todo en ciertas épocas, y á los casos de esta especie es á los que se ha dado el nombre de *bulimia*, síntoma descrito antiguamente como una enfermedad. No es raro ver reemplazada esta bulimia, al cabo de mas ó menos tiempo, por una disminucion considerable ó por una pérdida completa del apetito.

Se ha hablado mucho de las perversiones del apetito, designadas con los nombres de *pica* y de *malacia*, como síntomas de la gastralgia; pero es bien singular que en todas las observaciones que he reunido no se haga ninguna mencion de esta perversion. Sin embargo, no se puede dudar que en ciertos sugetos estén unidas la pica y la malacia con una gastralgia evidente, que es lo que se observa principalmente en las cloróticas y en las anémicas. Ya me he esplicado suficientemente, aunque en pocas palabras, sobre esto en la historia de la *clorosis*, á la cual remito al lector. Finalmente, en ningun caso hubo esa aversion á los alimentos que se observa en las

demás afecciones del estómago, y especialmente en el embarazo gástrico.

Rara vez es viva la *sed*, aunque en cuatro casos se dice que sí lo era; pero no se espresa debidamente si ha habido alguna relacion entre este síntoma y el uso de alguna medicacion particular. Por otra parte, si la sed ha llegado á ser intensa, lo ha sido solo momentáneamente. En todos los demás no la habia, y aun hubo un enfermo que tenia aversion á toda especie de bebidas. Lejos de apetecer los líquidos acidulados, muchos sugetos los temian; pero quizás era esto mas bien debido á ideas que se formaban de la enfermedad que á los malos efectos que les produjesen.

Es mucho mas raro que lo que se pudiera suponer, el observar *vómitos* en el curso de la gastralgia. En efecto, este es uno de los síntomas cuya existencia se ha indagado con el mayor cuidado, y con todo no se ha visto mas que diez veces en los treinta y siete casos que he reunido. Además, en vez de persistir estos vómitos durante largo tiempo como sucede, por ejemplo, en la gastritis crónica y en el cáncer, pueden no manifestarse sino mediando largos intervalos, presentarse por el contrario durante muchos dias seguidos, ó pasar cierto tiempo sin aparecer. Los vómitos que sobrevienen despues de comer estan compuestos de los alimentos que acaban de tomarse; pero en algunos sugetos los vómitos se verifican por la mañana, y entonces estan compuestos de mucosidades mas ó menos espesas, mezcladas ó no con una corta cantidad de bilis. Estos últimos vómitos no se han manifestado mas que cuatro veces en las treinta y siete observaciones; pero he tenido ultimamente ocasion de observar dos casos de gastralgia en que ha habido vómitos mucosos todas las mañanas durante muchos dias consecutivos.

Es raro que haya *náuseas* sin vómitos; sin embargo, asi sucedió en dos enfermos cuyas observaciones tengo á la vista, y de los cuales uno tenia náuseas continuas. Estas náuseas sobrevienen despues de comer y algunas veces los mismos enfermos promueven el vómito para hacerlas cesar, igualmente que el peso ó el dolor del epigastrio.

En algunos sugetos se observan *regurgitaciones* mas ó menos frecuentes, *nidorosas* y mas comunmente *ácidas* y *acres*. En los

casos en que existen estos eructos acres, se dice que hay *pirosis*, síntomas que se han descrito por espacio de mucho tiempo como una afeccion distinta y que pertenecen á muchas y muy diversas enfermedades del estómago. Los enfermos sienten subir á lo largo del esófago un cuerpo de sabor acre que para en la garganta y causa en ella una sensacion quemante, que se ha comparado á la que produciria un hierro encendido que se pasase sobre estas partes, de donde procede el nombre de *pirosis*. Algunas veces estas regurgitaciones son amargas y como biliosas; otros sugetos no tienen mas que simples eructos, pero estos son á veces muy frecuentes y muy incómodos.

Por último, tambien se ha observado un *hipo* muy molesto, y asi sucedió en dos de los casos que he reunido.

Los diversos síntomas que acabo de esponer pueden existir separadamente; pero es bastante comun verlos en gran número reunidos en el mismo individuo, y á veces tambien existen todos juntos. Se ve pues que la gastralgia no se diferencia tan visiblemente como se ha pretendido de las demás afecciones por la diversidad de sus síntomas; porque apenas hay enfermedades en que se encuentren constantemente reunidos los diversos fenómenos que las caracterizan.

Si examinamos ahora lo que sucede en las demás partes del conducto digestivo, tendriamos que considerar en primer lugar el *estado de la lengua*, que solo se ha reconocido en un corto número de sugetos (diez y seis). Generalmente no es el mismo en todas las épocas de la enfermedad, y por lo comun se encuentra la lengua natural, ancha, húmeda y limpia. Solo en cuatro enfermos presentó un poco de rubicundez en el borde, pero durante muy poco tiempo, y esto con varias alternativas; y únicamente en un caso estuvo habitualmente seca en una época adelantada de la enfermedad. En los demás sugetos se hallaba bañada en una saliva espumosa abundante, y en ocho estaba cubierta, sobre todo por la mañana, de una capa blanco-amarillenta que inquietaba mucho á los enfermos afectados de hipocondría. Escepto esta última circunstancia, nada hay, como acabamos de ver, que sea verdaderamente importante en el estado de la lengua.

Tambien se observan en los intestinos cierto número de síntomas que aunque no existan en todos los casos ofrecen algun inte-

rés. En la mayor parte de los sugetos se observa un *estreñimiento* ordinariamente pertinaz, y con mucha frecuencia dificultad en la defecacion, que es lo que se ha notado en catorce casos de diez y ocho en que se indagó el estado de las deposiciones. Este estreñimiento está muchas veces acompañado del desarrollo mas ó menos considerable de gases en los intestinos, y de *flatuosidades* incómodas, que en algunos pocos casos existen al mismo tiempo que el *abultamiento* y la *tension del abdomen*; á veces tambien hay *dolores cólicos* que no son seguidos de diarrea, y que por lo comun parece son debidos al desarrollo de gases en los intestinos.

En algunos sugetos, como he dicho mas arriba, se presentan á veces inmediatamente despues de la comida, dolores cólicos seguidos de *deposiciones líquidas*. Algunas veces tambien se han visto aparecer *deposiciones mucosas alvinas*, *sanguinolentas*, *acres y que corroian el ano*; pero entonces vino á agregarse la enteritis á la enfermedad principal, aunque esta enteritis ha sido de poca duracion. En resúmen, el estreñimiento, las flatuosidades y algunas veces los dolores colicos nerviosos, son los únicos síntomas abdominales de alguna importancia.

Los efectos de la enfermedad sobre el resto del organismo se manifiestan principalmente en el sistema nervioso, y de aqui resulta en ciertos enfermos la *hipocondría*. En efecto, se observa en cuatro sugetos una *tristeza profunda* que llegaba hasta una tendencia á llorar, al desaliento y á aborrecer la vida; y en uno de ellos se notó una *propension al suicidio*. Las *facultades intelectuales* permanecen íntegras, y sin embargo se pierde generalmente la *aptitud* para el trabajo.

Un corto número de sugetos (tres de los casos analizados) esperimentaron mucha *agitacion*, y en una observacion citada por Barras, se ve que el enfermo padecia crueles angustias. Sin embargo, se conserva por lo general el *sueño*, y es menester para que se perturbe que llegue la enfermedad á su mas alto grado, que es lo que sucedió en tres de los sugetos cuyas observaciones he reunido.

En cuanto al *delirio furioso*, á los *peligros imaginarios* y á otras *aberraciones pasajeras de la inteligencia*, son fenómenos accidentales que no merecen que nos detengamos en ellos, porque solo se han observado en un enfermo.

En fin, se ha comprobado la existencia de una *cefalalgia* ordinariamente ligera, pero que era sumamente intensa en un sugeto y acompañada de vértigos en otro. No existe siempre este dolor de cabeza, ó á lo menos presenta notables exacerbaciones. En un enfermo se hallaban muy exaltados los *sentidos* del gusto y del olfato; otro estaba sujeto á *lipotimias*; en una palabra, se observan fenómenos nerviosos muy diversos.

Es muy raro que la *cara* permanezca natural durante el curso de la enfermedad. En la mayor parte de los casos en que se ha descrito, llamaba la atencion por su aire de abatimiento y á veces de sufrimiento. Por lo regular está pálida, pero en dos casos era atezada, y en otros dos un poco amarilla; mas no presenta este color que hemos descrito mas arriba en el cáncer. Solo cuando la enfermedad ha durado bastante tiempo es cuando se nota este estado de la cara. En cuanto á su enflaquecimiento solo se habla de él en cuatro casos, lo que depende evidentemente de falta de pormenores, puesto que cierto número de sugetos se alimentaban escasamente.

Al hablar de las causas he dicho algunas palabras acerca del estado de los *menstruos*, y he manifestado que las alteraciones que presentan pudieran muy bien estar bajo la dependencia de la enfermedad principal. Si consideramos su estado en una época bastante avanzada de esta enfermedad, vemos que de nueve mugeres á quienes se ha preguntado sobre este punto; en ocho han sido menos abundantes las reglas, difíciles, laboriosas y aun se habian suprimido en un caso. ¿Qué relacion existe entre el estado del estómago y los trastornos de la menstruacion? Esto no es fácil decidirlo. Sin embargo, todo inclina á creer que el estado de las reglas se halla bajo la dependencia de la misma causa general que ha producido la gastralgia.

En cuanto á la *respiracion* nada encontramos de notable. Solo dos sugetos la tenian algo acelerada, pero sin presentar esa tos gástrica, cuya frecuencia é importancia se ha exagerado tanto.

Respecto al estado de la *circulacion* solo tenemos datos insuficientes, á causa de que casi nunca hablan de ella sino cuando se ha presentado alguna cosa anormal. En nueve sugetos, en quienes eran violentos los síntomas de la gastralgia, y en

los que la demacracion era notable, se observaba alguna concentracion del *pulso* con mediana frecuencia, y solo en dos tenia alguna fuerza y rigidez. En tres se observaron algunos accesos febriles, irregulares que no estaban marcados sino por escalosfrios vagos, mas que en un solo sugeto. Otros dos presentaban palpitaciones nerviosas bastante incómodas, pero que no eran debidas á un estado orgánico del corazon, puesto que se disiparon inmediatamente despues de la curacion de la gastralgia. En cuanto al *calor de la piel*, es ordinariamente natural. Sin embargo, cuando la gastralgia es muy violenta y los enfermos se someten á un régimen muy riguroso, hay una sensibilidad marcada al frio y un enfriamiento notable de las estremidades.

Formas de la gastralgia. Lo que se acaba de decir se aplica casi esclusivamente á la *gastralgia crónica*, que es la que mas ha llamado la atencion de los autores; pero no es raro observar en ciertos sugetos, que por espacio de algunos dias ó de veinticuatro horas padecen dolores de estómago á veces muy intensos con vómitos y sin ellos. A esta forma de la enfermedad se podria dar el nombre de *gastralgia aguda*, la que como se ha dicho mas arriba, es mas frecuentemente ocasionada por la ingestion de ciertos alimentos ó de ciertas bebidas, y por emociones vivas y pasajeras. Los síntomas que presenta no se diferencian de los precedentes, sino porque duran muy poco, muchas veces por su estremada rapidez, por la rareza de los vómitos y por la poca influencia de la afeccion sobre el estado general. Por consiguiente, seria inútil hacer una descripcion mas detallada. Con frecuencia tambien no se manifiestan los síntomas de la gastralgia sino en el momento mismo de la ingestion de los alimentos ó muy poco despues. El dolor en semejante caso puede ser muy vivo, pero cesa mas ó menos tiempo despues de haber comido, dejando siempre intervalos de completa calma. Estos casos son los que ceden principalmente al uso de una corta dosis de *opio*, tomada inmediatamente antes ó despues de la comida, como lo recordaré al hablar del *tratamiento*.

Tales son los síntomas que caracterizan la gastralgia; pero no puedo terminar este párrafo, sin manifestar de nuevo que varian bastante segun los casos y se diferencian bajo este aspecto, del cáncer y de la gastritis crónica, sin que sin embargo se se-

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Lo que acabo de decir de la terminacion de la enfermedad parece me dispensa enteramente el hablar de las lesiones anatómicas.

Sin embargo, algunos autores, y en particular J. Frank, han hecho mencion como un resultado de la gastralgia de alteraciones mas ó menos profundas de los tejidos del estómago: estas alteraciones son la úlcera, la inflamacion y aun el cáncer. Pero evidentemente ha habido confusion, porque aun suponiendo que en algunos de los casos citados por Frank, fuesen realmente nerviosos los dolores observados durante la vida, seria necesario reconocer simplemente que se habian complicado con síntomas gastrálgicos la úlcera, el cáncer, las lesiones producidas por un cuerpo estraño, etc. Es inútil insistir mas sobre este punto, pues basta decir que lo que caracteriza precisamente la gastralgia despues de la muerte, es la falta de toda lesion en el estómago. Algunas veces se han encontrado en los nervios que van á terminar en este órgano algunas alteraciones que se han debido considerar como la causa próxima de los dolores nerviosos. Estos casos son respecto de la gastralgia simple lo que la neuralgia producida por una lesion de los nervios (neuralgia anómala de Chaussier) es á la neuralgia propiamente dicha.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

La descripcion precedente nos permitirá ya comparar con fruto la gastralgia con las afecciones del estómago cuya historia hemos hecho. Desde luego para establecer convenientemente esta comparacion, es necesario distinguir los casos de gastralgia pasajera que he designado con el nombre de *gastralgia aguda*, y los casos de gastralgia permanente.

Los primeros, por la rapidez de su curso, pudieran confundirse con la *gastritis aguda ligera* y el *embarazo gástrico;* pero se los distingue de este último estado morboso en los ca-

racteres siguientes: el principal síntoma en la gastralgia es el dolor del estómago; no hay aversion á los alimentos ni cefalalgia; cuando existen náuseas casi apenas se manifiestan mas que durante la digestion ó por la mañana. Por el contrario, en el embarazo gástrico se pierde el apetito, y aun puede haber aversion á los alimentos; á veces se observan frecuentes náuseas, y en fin se nota una cefalálgia supraorbitaria mas ó menos incómoda. Este diagnóstico es muy importante, puesto que de él depende el que se recurra á los medios curativos que son tan eficaces en el embarazo gástrico.

La gastralgia se distingue de la *gastritis aguda* por la conservacion del apetito y por la falta de calentura. Las mas veces no existe el dolor á la presion en la afeccion gástrica nerviosa, y ya hemos visto que este es uno de los caracteres de la gastritis. Si hay vómitos en la primera de estas enfermedades, son de alimentos ó de mucosidades, y estas evacuaciones son raras; por el contrario, la gastritis tiene por carácter vómitos biliosos repetidos.

Muy bien se pudiera confundir la gastralgia de larga duracion con la *gastritis crónica;* pero si se recuerda que esta última se manifiesta principalmente como complicacion de otra enfermedad; que desde su principio produce vómitos biliosos ó de materias alimenticias, que se efectúan con cortos intervalos; que hay sensibilidad en el epigastrio á la presion; que el dolor espontáneo es menos vivo por lo general, y no se presenta sino por intervalos variados como en la gastralgia, se llegará á distinguir con bastante facilidad estas afecciones. Sin embargo, ya hemos dicho se hallaban algunas veces casos en que eran poco manifiestos los síntomas de la gastritis crónica; no obstante, siguiendo á ambas enfermedades en su curso, se pueden resolver entonces todas las dificultades. Efectivamente no es raro ver durante el curso de una gastralgia ciertos intervalos de calma que son menos marcados en la gastritis crónica, al paso que esta hace progresos mas rápidos, y no se prolonga durante muchos años como una simple gastralgia. Solo el hecho de durar mucho tiempo una afeccion gástrica dolorosa basta para escluir la idea de una gastritis crónica, cuya existencia no se admitia antes sino por defecto de observacion.

Ya he dicho anteriormente lo que dificultaba la comparacion de la *úlcera del estómago* con las demás enfermedades gástricas; sin embargo, respecto de la afeccion de que tratamos podemos formar el diagnóstico con bastante exactitud. En la úlcera del estómago los dolores pueden ser intensos y simular los dolores nerviosos; pero la falta absoluta de apetito, los vómitos mucho mas frecuentes despues de la ingestion de materias alimenticias y los progresos mas rápidos de la enfermedad, son otras tantas circunstancias que nos pondrán en disposicion de formar el diagnóstico. Tampoco hay lugar al error cuando sobreviene un vómito de materias negras ó de sangre pura, porque nunca se ha observado este síntoma en la simple gastralgia. Sin embargo, no se debe ocultar que este diagnóstico ofrece algunas dificultades, lo que depende evidentemente de la descripcion algo vaga que han dado los autores de la úlcera simple del estómago.

La distincion entre la gastralgia y el *cáncer* no presenta dificultades mas que en ciertas circunstancias, en las que no hay tumor ni renitencia en el epigastrio, ni dilatacion del estómago, ni vómitos de sangre ó de materias negras; casos, que como es sabido, no son los mas frecuentes. Los vómitos de alimentos no digeridos que se presentan al cabo de bastante tiempo en el cáncer; la desmejoría mas ó menos profunda que se manifiesta entonces aun cuando los enfermos no esten sometidos á un régimen severo; la demacracion que hace siempre progresos notables; la caquexia cancerosa y la menor tendencia en aquellos á la tristeza y al desaliento, son los signos mas adecuados para poder servir de guia. Cuando el curso progresivo de la enfermedad obliga á los enfermos á guardar cama, no deja ya duda alguna en cierta época.

Consistiendo la gastralgia principalmente en un dolor espontáneo mas ó menos vivo, ¿se la podria confundir con los dolores nerviosos que tuvieran su asiento en el epigastrio? Es dificil admitir la posibilidad de esta confusion, cuando no se halla perturbado el estómago en sus funciones. En la *neuralgia intercostal* (1), por ejemplo, puede haber en la region epigástrica dolores muy intensos que se han considerado muchas

(1) Véase mi *Tratado de las neuralgias*, Paris, 1841, p. 333.

veces como calambres del estómago; pero hay al mismo tiempo un punto doloroso á la presion, otros puntos semejantes se manifiestan en el trayecto del nervio, y además, como no sobrevengan complicaciones, no hay vómitos, eructos frecuentes, etc. El diagnóstico es mucho mas difícil cuando existen al mismo tiempo la neuralgia intercostal y la gastralgia, como en los casos que he observado de esta especie, y en uno que tengo actualmente á la vista en el hospital de la Piedad. La existencia de los puntos neurálgicos dará á conocer el dolor intercostal, y los trastornos de los órganos digestivos denotarán la afeccion gástrica. Además no es difícil hacer desaparecer la neuralgia intercostal, que en los casos que he observado se ha disipado por sí sola, dejando la gastralgia modificada ó no por el tratamiento. Hallándose entonces el caso reducido á su mayor sencillez, el diagnóstico es tal como hemos indicado mas arriba.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la gastralgia aguda y del embarazo gástrico.*

GASTRALGIA AGUDA.	EMBARAZO GÁSTRICO.
Dolor vivo de estómago.	*Incomodidad mas bien que dolor* epigástrico.
Se conserva el apetito.	*Pérdida* del apetito, y aun aversion á los alimentos.
No hay cefalalgia á no ser que haya complicacion.	Con frecuencia hay *cefalalgia* supraorbitaria.
Náuseas *solo despues de comer ó por la mañana.*	Muchas veces hay náuseas molestas en *diversas épocas del dia.*

2.° *Signos distintivos de la gastralgia aguda y de la gastritis aguda.*

GASTRALGIA AGUDA.	GASTRITIS AGUDA.
Se conserva mas ó menos el apetito.	*Falta* el apetito.

No hay dolor á la presion ó *es ligero.*	Dolor á la presion con frecuencia *vivo.*
Pocos vómitos, compuestos de *mucosidades ó de alimentos.*	Vómitos *biliosos repetidos.*
No hay calentura.	*Movimiento febril* mas ó menos manifiesto.

3.° *Signos distintivos de la gastralgia crónica y de la gastritis crónica.*

GASTRALGIA CRÓNICA.	GASTRITIS CRÓNICA.
Por lo comun no *complica* á otras afecciones, á no ser á las neurosis.	*Por lo regular complica* á otra afeccion.
Vómitos *poco frecuentes de materias alimenticias* ó de mucosidades.	Vómitos *biliosos* ó *de materias alimenticias*, repetidos con *cortos intervalos.*
Dolores espontáneos *con frecuencia muy vivos.*	Dolores espontáneos *menos vivos* por lo general.
Por lo comun *no hay* dolor á la presion.	Dolor á la presion *siempre mas ó menos intenso.*
La enfermedad tiene *un curso muy irregular.*	El curso de la enfermedad es *menos irregular.*
Falta la calentura, á no ser que haya complicacion.	*Ordinariamente hay calentura* que las mas veces depende de la enfermedad principal.

4.° *Signos distintivos de la gastralgia crónica y de la úlcera simple del estómago.*

GASTRALGIA CRÓNICA.	ULCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO.
Se *conserva mas ó menos* el apetito.	*Falta* el apetito.
Vómitos *mas ó menos tiempo despues* de haber tomado alimentos.	Muchas veces hay vómitos *inmediatamente despues* de tomar alimentos.
Nunca hay vómitos negros ó de sangre pura.	*Algunas veces* vómitos negros ó de sangre pura.
La enfermedad *progresa con lentitud.*	El curso de la enfermedad es *mas rápido.*

5.° ***Signos distintivos de la gastralgia crónica y del cáncer del estómago.***

GASTRALGIA CRÓNICA.	CÁNCER DEL ESTÓMAGO.
Ordinariamente hay vómitos flemosos ó de materias alimenticias, *poco despues da su ingestion.*	Vómitos de alimentos *mas ó menos tiempo despues de su ingestion.*
Demacracion *menos rápida.*	Demacracion *rápida.*
No hay síntomas de caquexia cancerosa.	Hay *signos de caquexia* cancerosa.
Frecuentemente hipocondría.	*No es tan frecuente que sobrevenga* hipocondría.
El curso de la enfermedad es *mas irregular.*	La enfermedad progresa *mas regularmente.*

6.° ***Signos distintivos de la gastralgia y de los dolores epigástricos de la neuralgia intercostal.***

GASTRALGIA.	DOLORES EPIGASTRICOS DE LA NEURALGIA INTERCOSTAL.
Por lo comun no hay dolor á la presion.	*Hay un punto doloroso á la presion* en el epigastrio.
No hay punzadas que se dirijan hácia la region dorsal, ó que partan de ella.	*Punzadas* que siguen el trayecto del nervio.
No se encuentran otros puntos doloridos en el trayecto de los nervios.	*Hay dolores en otros puntos* semejantes á los del epigastrio.
Trastornos manifiestos de las funciones del estómago.	*No hay trastornos* funcionales del estómago.

No es raro ver que existan estas dos últimas enfermedades en el mismo sugeto; entonces, como he dicho mas arriba, este diagnóstico diferencial no tiene el mismo valor.

Pronóstico. Habiéndome esplicado ya al tratar de la terminacion, sobre la gravedad que presenta la gastralgia considerada de un modo general, me limitaré á decir aqui que cuando sobreviene esta afeccion en sugetos anémicos y en las cloróticas, á consecuencia de un régimen demasiado severo, tiene tendencia á perpetuarse, y exige por lo comun los auxilios

de la medicina. Por lo demás, vamos á ver que casi siempre la cura un tratamiento bien dirijido.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Si se consideran como ejemplos de gastralgia todos los hechos de esta enfermedad referidos por los autores, el tratamiento de esta afeccion es conocido ya desde las épocas mas remotas, y es en estremo rico; pero si se recuerda que los médicos anteriores al siglo actual debian confundir necesariamente en un gran número de casos las diversas afecciones que hemos separado, se conocerá con cuánta reserva se deben emplear las medicaciones usadas por los autores. Aqui espondré los diversos medicamentos prescritos, al mismo tiempo que trataré de apreciar su valor, de modo que se pueda reconocer los que, segun ha demostrado la observacion, son verdaderamente útiles.

Emisiones sanguíneas, emolientes y régimen severo. No ha sido solo en la época en que reinaba la medicina fisiológica cuando se han empleado las emisiones sanguíneas, sino que ya Thoner, Fed. Hoffmann y otros muchos autores habian recomendado este medio, pero solo cuando los sugetos eran pletóricos, ó bien en los que se suponia que la enfermedad era debida á una supresion de un flujo. Pero entonces es cuando hay mas duda de que haya sido bien formado el diagnóstico, y por desgracia el demasiado laconismo de las observaciones no permite ilustrar este punto oscuro. Las mismas reflexiones se pueden hacer respecto al uso de las *ventosas secas al epigastrio* recomendadas ya por Galeno.

En estos últimos tiempos se han usado las emisiones sanguíneas para combatir la gastralgia, en casos en que no se podia dudar de la existencia de esta enfermedad, no obstante que los médicos que dirigian el tratamiento creyesen tener que combatir una verdadera gastritis. Generalmente no se prescribe *la sangría general*, aunque se ha practicado en tres sugetos, de los cuales en uno se agravó considerablemente la enfermedad, y en los otros dos este medio no produjo efecto alguno. Comunmente se recurria á las sanguijuelas: de los casos que tengo á la vis-

ta se han aplicado en doce, llegando á poner en algunos de ellos hasta el número de sesenta, ochenta, ciento veinte y ciento cincuenta en varias veces. Pero en otros ocho la aplicacion de las sanguijuelas ha producido una estremada exacerbacion de los síntomas, en tres no produjeron ningun efecto y solo en uno se obtuvo alivio, pero pasajero y muy incompleto. Por consiguiente se deben *proscribir enteramente las emisiones sanguíneas* del tratamiento de la gastralgia.

En casi todos los sugetos de que acabo de hablar se usaron los *emolientes* y un *régimen severo* al mismo tiempo que las emisiones sanguíneas, á cuyos medios se debe atribuir parte de la agravacion de los síntomas; porque en tres casos que se prescribieron solos tuvieron igualmente por resultado hacer mas intensa la enfermedad.

Sin embargo, debo decir aqui que solo se trata de la gastralgia espontánea de mayor ó menor duracion, en una palabra, de la cardialgia crónica. Cuando á consecuencia de la ingestion de sustancias irritantes ó antipáticas sobrevienen dolores nerviosos del estómago, bastan para disipar todos los síntomas un régimen suave y algunas bebidas emolientes. Con todo no conviene insistir demasiado tiempo en estos medios, porque entonces los emolientes y el régimen severo podrian tener los malos resultados de que acabo de hablar. Sin duda esto es lo que ha sucedido muchas veces; en efecto, asustados ciertos enfermos al ver la susceptibilidad del estómago, y creyendo su afeccion mucho mas grave que lo que es, no se atreven á volver á seguir su antiguo régimen, ó insisten en los medios que en un principio les aliviaron, de lo que precisamente resulta que vuelven los dolores que tenian. Cada vez mas persuadidos de que su estómago está violentamente irritado, persisten en la medicacion que han adoptado, y asi es como se originan gastralgias largas y rebeldes. Acaso no hay ninguna otra afeccion en que se pueda volver mas pronto al régimen habitual que la *gastralgia aguda*, lo que está en oposicion con ciertas ideas teóricas, pero que sin embargo es lo que resulta de la observacion diaria.

Vomitivos y *purgantes*. Cuando se admitia que debia curarse el vómito por el vómito, se ha debido naturalmente recurrir á los vomitivos en el tratamiento de la gastralgia. Asi es que

Wolff, J. Frank, Hecker (1), etc., recomiendan un vomitivo ligero, y principalmente la *ipecacuana*. J. Frank quiere que se dé esta sustancia á la dosis de 1 á 1,50 gramos (20 á 30 granos) en los adultos. Se ha citado (2) una observacion en la que el *tártaro estibiado* á dosis emética ha hecho desaparecer una de las gastralgias mas intensas; pero no creo que se deba admitir sin grandes restricciones la opinion de los autores que acabo de citar. ¿No habia en el caso de que se hace mencion un embarazo gástrico y aun una indigestion, como en un caso que yo mismo he referido (3)? Esto me parece muy probable. En los casos que tengo á la vista, los vomitivos que solo se emplearon en cuatro enfermos han agravado la enfermedad dos veces, y otras dos no han producido efecto alguno. Hecker, á quien acabo de citar, ha obtenido buenos resultados por medio de la ipecacuana; pero es necesario advertir que une esta sustancia con otras de cuya eficacia no se puede dudar, y principalmente con el opio. Hé aqui su fórmula:

℞ Ipecacuana............	ãã	2 decigram. (4 g̃)
Opio puro.............		
Alumbre crudo...........		8 decigram. (16 g̃)
Oleosácaro de cedro......		16 decigram. (32 g̃)

Divídase en ocho papeles iguales y se toma uno cada hora.

De lo dicho resulta que no se deben usar los vomitivos en la gastralgia á no ser que haya signos de indigestion.

Las mismas reflexiones se aplican al uso de los *purgantes*, que ó se han empleado simultáneamente con otros medios mas eficaces, ó no han tenido mas que una influencia curativa dudosa, si es que no han contribuido á agravar la enfermedad. Estas reflexiones son principalmente aplicables á los *drásticos*, y conviene tener tanto mas presentes estas consideraciones cuanto que el estreñimiento las mas veces pertinaz que tienen los enfermos, puede inducir á los prácticos á dar purgantes violentos y repetidos. Sin embargo, se haria mal en llevar estos temores hasta la exageracion, porque hay numerosos casos en que por medio de purgantes suaves se ha podido vencer el estreñimien-

(1) *In Schmidt's Rec. der best. Ærst.*, 1831.

(2) *Journal des connaissances médicales*, abril de 1836.

(3) *Consider. sur la gastrite, la gastralgie, et leur traitement.* (*Bull. gén. de thérap.*).

to, que es un síntoma siempre incómodo, sin producir ninguna agravacion en el estado del estómago; por consiguiente no se debe temer que la gastralgia sea reemplazada sobre todo por una de estas gastritis que se temian tanto en otro tiempo, porque no existe ni un solo ejemplo auténtico de esta especie.

Hauff (1) recomienda el *ruibarbo* que asocia á otros dos medicamentos de que vamos á hablar inmediatamente, esto es, á la belladona y al subnitrato de bismuto, bajo la siguiente fórmula:

℞	Raiz de belladona en polvo.	3 decígram.	(6 ℥)
	Subnitrato de bismuto....	18 decígram.	(36 ℥)
	Raiz de ruibarbo en polvo.	10 gram.	(ʒijß)
	Estracto de regaliz......	āā C. S.	
	Estracto de taraxacon...		

Háganse píldoras de 10 centígramos (2 granos). Se toman tres al dia.

Hauff asegura que ha visto curarse por este medio no solo gastralgias muy violentas y muy rebeldes, sino induraciones incipientes del píloro y del páncreas, y esta exageracion evidente tiende mas bien á desacreditar este medicamento que á hacerle adoptar con confianza.

El doctor Tod (2) quiere que se use la *magnesia* con el doble objeto de destruir los ácidos y de mantener libre el vientre; y al efecto prescribe el polvo siguiente:

℞	Magnesia blanca................	4 gram.	(ʒj)
	Cuasia amarga en polvo.........	25 centígram.	(5 ℥)

Se toma esta dosis dos veces al dia.

Antiespasmódicos. Esta clase de medicamentos es la que mas se ha usado, lo cual se concibe bien, puesto que se ha mirado á la enfermedad como un espasmo ó un calambre del estómago. Entre estos medicamentos no hay uno que haya sido mas eficazmente recomendado que el *bismuto*. Ya hácia fines del siglo pasado prescribió Odier el *subnitrato de bismuto* para combatir los dolores de estómago; mas adelante le aconsejaron muchos autores, y entre ellos es preciso citar particularmente á

(1) *Med. convers. Blatt.*, 1832.
(2) *In Schmit's Rec. der best. Ærst.*

Hufeland, que unió este medicamento con el *beleño* Kopp (1), Laennec (2) y en fin en estos últimos tiempos Trousseau han insistido especialmente sobre la eficacia de este medio. Se le administra á la dosis de 1 á 4 gramos (18 granos á 1 dracma) mezclado con una *cantidad igual de azúcar*, que se toma en dos ó tres veces al dia en una cucharada de agua ó de tisana. En los niños se debe reducir la dosis á 15 ó 30 centígramos (3 á 6 granos); pero los autores no se limitan por lo general á administrar solo el subnitrato de bismuto, sino que le asocian comunmente con otros medicamentos que tienen su accion propia, y asi han hecho imposible que se puedan apreciar sus efectos. Kopp le unia del modo siguiente al *estracto de lechuga*, á la *magnesia* y á la *raiz de la ipecacuana*.

℞	Subnitrato de bismuto.	de 10 á 15 centigram.	(2 á 3 g̃)
	Estracto de lechuga...	de 5 á 10 centígram.	(1 á 2 g̃)
	Magnesia...........	20 centígram.	(4 g̃)
	Raiz de ipecacuana en polvo............	2 á 5 centígram.	(2/5 á 1 g̃)
	Oleosacaro de manzanilla.............	50 centígram.	(10 g̃)

Mézclese y pulverícese. Se toman al dia cuatro dosis iguales á esta.

El doctor Schroeder (3) y Ellisen (4) han propuesto fórmulas análogas á la que acabamos de indicar. La de este último es como sigue.

℞	Ipecacuana en polvo.......	20 centígram.	(4 g̃)
	Subnitrato de bismuto precipitado..............	30 centígram.	(6 g̃)
	Opio puro................	40 centígram.	(8 g̃)
	Magnesia.............. } Azúcar blanca......... }	ãã 4 gram.	(ʒj)

Pulverícese y divídase en diez y ocho papeles iguales, y se toma uno cada hora.

Moneret recomienda el nitrato de bismuto, pero á dosis mucho mas considerable, puesto que le da hasta la dosis de 30,

(1) *Beob. in Geb. des ausüb. Heilk.*, Frankfort, 1821.
(2) *Journal de médecine de* Corvisart, Leroux et Boyer, 1816.
(3) *Dissert. de gastritide chronica*, 1835.
(4) *Journ. des conn. méd.*, 1836.

40 y 60 gramos (8, 10 dracmas á dos onzas). No hago mas que mencionar aqui esta medicacion porque volveré á hablar de ella en el artículo dedicado al *vómito nervioso.*

La *asa fétida* ha sido recomendada principalmente por Albers, que la une al subnitrato de bismuto y á la *valeriana* del modo siguiente:

℞	Asa fétida......................	30 gram.	(℥j)
	Subnitrato de bismuto..........	4 gram.	(ʒj)
	Aceite de valeriana.............	4 gram.	(ʒj)

Mézclese y háganse píldoras de 10 centígramos (2 granos). Se toman cinco, ocho ó diez de dos en dos horas.

La *valeriana*, que se administra tan frecuentemente como antiespasmódica, ha sido prescrita como acabamos de ver en la enfermedad de que tratamos. Guibert (1) es el que principalmente ha aconsejado el uso de este medicamento y quiere que se aumente progresivamente hasta altas dosis. Se administra el estracto en píldoras de 5 centígramos (un grano), empezando por dos píldoras al dia, y elevando gradualmente la dosis hasta diez y aun diez y ocho píldoras; pero se puede pasar mucho de esta última dosis, vigilando con cuidado la accion de este medicamento. Lo que acabo de decir de la valeriana se aplica al *acónito*, que se ha empleado ya solo, ya unido á otros sedantes.

Tambien se han usado y recomendado muy eficazmente el *almizcle*, el *castóreo*, el *hidroclorato de zinc*, el *agua de laurel real* y el *éter.* Es cierto que con todos estos medicamentos se han obtenido buenos resultados que han sido indicados por varios autores; pero cuando se trata de comparar su eficacia con la de los demás medios empleados en la gastralgia, se esperimentan dificultades insuperables, porque jamás se han hecho investigaciones comparadas.

El doctor Klem, de Helsingaer (2), elogia el hidrolato de almendras amargas que administra del modo siguiente:

℞	Mistura aperitiva (3)...........	24 gram.	(ʒvj)
	Hidrolato concentrado de almendras amargas...............	8 gram.	(ʒij)

(1) *Rev. méd.*, 1827.

(2) *Zeitschrift für die gesammte medicin.* (Estract. en el *Journ. des connaist. méd.-chir.*) setiembre de 1844.

(3) *Partes iguales de tintura acuosa de ruibarbo y tartrato de potasa líquido mezclado.*

Licor anodino mineral de Hoffmann. .... 8 gram. (ʒij)

Mézclese. Se da á la dosis de cincuenta á sesenta gotas, cuatro veces al dia.

Bien se ve que esta medicacion no es simple, y aun es necesario tambien añadir que Klem emplea al mismo tiempo otros medios auxiliares, y que á veces ha recurrido al *subnitrato de bismuto*, de suerte que es dificil distinguir el verdadero valor del medicamento que tanto alaba.

El doctor Bod (1) ha insistido principalmente sobre la medicacion antiespasmódica en los dolores de estómago que sobrevienen *en las histéricas*, especie de cardialgia que él llama *cardialgia histérica*. Voy á esponer los medios que usa, advirtiendo que segun la teoría de este autor, mas bien dirige su tratamiento contra el histérico, cuyo asiento le parece ser el estómago, que contra una enfermedad local de este órgano. Lo primero que prescribe es la pocion siguiente:

℞ Tintura de ruibarbo.............		30 gram. (℥j)
Elixir visceral de Hoffman....	āā	15 gram. (℥ß)
Tintura de cáscara de naranja.		
Castoreo.	āā	30 gram. (℥j)
Eter sulfúrico..............		

Mézclese. Se da á la dosis de una cucharada de té tres veces al dia.

El elixir visceral de Hoffmann contiene un gran número de sustancias. Hé aqui la fórmula segun la *Farmacopea* universal de Jourdan.

℞ Sucino....................	āā	15 gram. (℥ß)
Tartrato de potasa.........		
Quina.......................		60 gram. (℥ij)
Cascarilla..................	āā	15 gram. (℥ß)
Genciana....................		
Mirra.......................		4 gram. (ʒj)
Agua de clavo...............		150 gram. (℥v)
Agua de melisa..............		105 gram. (℥iijß)
Agua de menta...............		90 gram. (℥iij)

Se cuela despues de veinticuatro horas de digestion.

(1) *Most's Encyclop. der medi.*; Leipsick, 1833.

Al mismo tiempo el doctor Bod prescribe dos ó tres lavativas al dia, compuestas del modo siguiente:

℞ Infusion de valeriana.. C. S.
Asa fétida............ de 4 á 8 gram. (ʒj á ʒij)

He citado esta medicacion, que como se ve es muy complicada, para manifestar cuán errónea es la opinion de los médicos, que en los últimos años creian que toda medicacion escitante debia agravar y perpetuar los dolores de estómago.

Narcóticos. No han gozado de menor reputacion los narcóticos, y en la actualidad se usan general y principalmente el *opio* y las *sales de morfina* que se emplean interior y esteriormente. En los casos que tengo á la vista el uso de estos medicamentos ha sido constantemente seguido de una mejoría notable, y casi siempre de una curacion rápida. Sin embargo, no se ha de creer que se debe atribuir á ellos solos esta curacion, porque nunca se han usado aisladamente, sino que se ha hecho seguir un *régimen analéptico*, el uso de algunos *tónicos* ó de otros medicamentos de que hablaré mas adelante. Lo que hay mas digno de notarse en el uso de los narcóticos, es la desaparicion de dolores muchas veces muy vivos y de larga duracion; pero cuando no es secundado por el uso de estos medicamentos, la calma de los dolores es solo pasajera y con frecuencia se los ve reproducir con nueva intensidad.

Se da el *opio* á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) al dia. Algunos autores han creido que seria mas útil asociarle con otras sustancias, pero nada prueba que esta precaucion sea muy importante. Sin embargo, indicaré la fórmula prescrita por el doctor Koechlin (1), porque contiene muchas sustancias que se creen útiles en la gastralgia.

℞ Simiente de adormideras blancas. 30 gram. (℥j)
Agua comun.................. 300 gram. (℥x)

Se hace emulsion y se añade:

Licor de espíritu de cuerno de ciervo sucinado............. 15 gram. (℥ß)
Tintura de opio................ 8 gram. (ʒij)
Aceite esencial de menta piperita....................... 10 gotas.

Se da á la dosis de dos cucharadas de hora en hora.

(1) *Hufeland's Journal*, noviembre de 1831.

El doctor Koechlin cita un hecho en el que no ha sido dudosa la eficacia de esta preparacion, puesto que se ha curado por su administracion una gastralgia muy antigua y pertinaz.

Padioleau (1) ha asociado, y segun él dice con muy buenos resultados, el opio y el acónito. La fórmula que emplea es la siguiente:

℞ Jarabe de flor de naranjo...	90	gram.	(℥iij)
Estracto acuoso de opio....	15	centígram.	(3 g̃)
Estracto de acónito........	10	centígram.	(2 g̃)

Se toma una cucharada de café dos veces al dia, inmediatamente despues de las comidas.

A pesar de esto, este médico solo tiene una confianza limitada en este medio, y segun él (2) seria muchas veces insuficiente si no se le agregase otros medios eficaces, entre los cuales se designa las *fricciones* en la region epigástrica *con una pomada estibiada*, compuesta como sigue:

℞ Tártaro estibiado...............	6	gram.	(ʒjß)
Manteca de puerco.............	12	gram.	(ʒiij)

Mézclese.

Esta proporcion del tártaro estibiado es muy considerable y por consiguiente esta pomada tiene que ser muy activa.

Confieso que por mi parte he tenido bastante repugnancia para usar este medio, que causa vivos dolores y produce muchas veces grandes ulceras y deja cicatrices deformes, por lo cual seria de desear que para poner fuera de duda la eficacia de este revulsivo, Padioleau nos citase casos en que no se le hubiese empleado simultáneamente con el opio, que casi siempre solo tiene tan buen éxito.

Algunas veces tambien ha obtenido con el *jarabe de valeriana* unido al opio, mejores resultados que administrando los opiados solos.

Se han prescrito igualmente de un modo casi semejante, las *sales de morfina*, y en particular el *acetato* y el *hidroclorato*. Asi pues Sandras ha visto disiparse síntomas gastrálgicos muy intensos tomando dos ó tres cucharadas de café de jarabe de acetato de morfina inmediatamente despues de comer.

(1) *Bull. gén. de thér.*, noviembre de 1842.
(2) *Bull. gén. de thér.*, setiembre de 1847.

Si no se tuviese este jarabe, basta disolver 5 centígramos (un grano) de acetato ó de hidroclorato de morfina en un vaso de agua azucarada, y tomar igualmente dos ó tres cucharadas de café.

Numerosos hechos prueban que las sales de morfina obran muy bien aun á menor dosis. En una memoria publicada en 1847 (1) he referido observaciones en que se ven gastralgias violentas y antiguas que han cedido á la preparacion siguiente:

℞ Agua destilada de flor de tilo.	100	gram.	(℥iij)
Acetato de morfina.........	5	centígram.	(1 gr)
Jarabe de flor de naranjo...	30	gram.	(℥j)

Se toma una cucharada de café inmediatamente despues de cada comida.

Desde entonces he tenido frecuentemente ocasion de prescribir esta preparacion, y casi siempre con el mejor resultado.

El doctor Szerlecki (2) ha usado en las gastralgias antiguas, la *codeina* del modo siguiente:

℞ Codeina..................	10 centígram.	(2 gr)
Jarabe de goma..........	120 gram.	(℥jv)

Se toma una cucharada cada media hora durante los accesos del dolor, y de cuatro en cuatro ó de seis en seis horas en los intervalos.

Otros autores han usado la *belladona*, el *estramonio* y el *beleño;* pero como de ningun modo está demostrado que estas sustancias tengan una eficacia superior á las que acabamos de mencionar, es inútil entrar en mas pormenores sobre este particular.

Se ha querido hacer una escepcion en favor del *lactucario*, al paso que se le atribuye cierta virtud específica; pero nada prueba que esta sustancia merezca mejor que las otras los elogios que se han hecho de ella. Aubergier (3) ha prescrito el lactucario en *píldoras* á la dosis de 30 centígramos (6 granos) al dia, ó en *jarabe* á la dosis de 60 gramos (2 onzas), no siendo dudoso su efecto calmante.

(1) *Nouv. consid. sur la gastralgie chronique et sur son traitement.; faits remarquables de guerision rapide* (*Bull. gén. de thér.*, julio de 1847.)

(2) *Zeitschrift fur ther. und. Pharmakodynamic*, 1844.

(3) *Bull. gén. de thér.*; noviembre de 1842. *Bull. de l' Acad. de médec.*, t. VII, p. 259.

Tambien con mucha frecuencia se emplean los *narcóticos esteriormente.* En el dia como mas se usan es por el método endérmico; pero antes se contentaban los médicos con aplicar al epigastrio emplastos que contenian mayor ó menor cantidad de opio impuro ó de cualquier otra sustancia narcótica. De estos dos métodos el endérmico es el que merece la preferencia. En estos últimos tiempos Rougier (1) ha referido muchas observaciones en que se ve una gastralgia muchas veces antigua disiparse prontamente por la *absorcion de algunos centígramos de hidroclorato de morfina.* Se aplica un pequeño vejigatorio sobre el epigastrio, sea por medio de la pomada amoniacal, del martillo sumergido en agua caliente ó por el método comun, se cura todos los dias con 3 á 5 centígramos (de medio á un grano) de hidroclorato ó de acetato de morfina, y si al cabo de algunos dias no se han disipado los dolores, se aplica otro nuevo vejigatorio, porque es necesario guardarse de sostener estos vejigatorios por medio de pomadas escitantes, lo que hace que el uso de la morfina sea mucho mas doloroso y á veces insoportable.

De todos los medios que acabamos de examinar no hay ninguno en que se deba tener mas confianza que en los opiados, teniendo siempre cuidado de observar que se debe secundar su accion por el régimen y por otros medicamentos de que vamos á hablar en seguida.

Escitantes. Los escitantes desempeñan tambien un papel importante en el tratamiento de la gastralgia; pero sería imposible enumerar los muchos medicamentos de esta especie que se han prescrito en esta enfermedad, lo que es fácil de concebir sabiendo que forman la base de todos los medicamentos llamados estomacales ó cardiacos, de los elixires viscerales ó anticardiálgicos, etc. Y es preciso decirlo, se ha abusado mucho de estas sustancias, administrándolas sin discernimiento en todos los estados morbosos del estómago acompañados de pérdida del apetito, y que se confundian con el nombre de *dispepsia.* Esto es sin duda lo que en estos últimos años los habia hecho proscribir enteramente, pero sin razon, puesto que resulta de un gran número de hechos, que son muy eficaces cuando se administran convenientemente. Es muy dificil elegir entre estos

(1) *De l' emploi de la morphine*, etc.

medicamentos los que se deben prescribir con preferencia, por lo cual no entraré en estensos pormenores sobre esta materia, y me limitaré á decir que la *manzanilla*, la *menta*, la *cáscara de naranja*, el *clavo de especia*, los *ajenjos*, la *canela*, la *cuasia amarga*, y aun el *pimenton* y el *pelitre* entran frecuentemente en las preparaciones que se usan por lo comun, y presentaré aqui algunas de las fórmulas mas usadas.

Con el nombre de *mistura estomacal* se ha prescrito la mezcla siguiente:

℞ Sacaruro de quina.......... } āā	8 gram.	(ʒij)
Conserva de ajenjos........ }		
Jarabe de manzanilla..........	30 gram.	(℥j)
Agua de clavo de especia.......	130 gram.	(℥jv)

Mézclese. Se toman tres ó cuatro cucharadas al dia.

O bien:

℞ Ajenjos......................	30 gram.	(℥j)
Cáscara de naranja...........	250 gram.	(℔ß)
Ruibarbo......................	3 gram.	(54 ℥)
Genciana.....................	4 gram.	(ʒj)
Agua hirviendo..............	C. S.	

Para obtener despues de colado el líquido 200 gramos (6 ½ onzas). Despues de una breve infusion, se añade:

Jarabe de cáscara de naranja... 30 gram. (℥j)

Se toma en dos ó tres veces en el dia.

Tambien se ha hecho entrar en esta preparacion la *canela*, el *azafran*, el *macis* y aun el *alcohol*, que es el líquido en que se infunden los medicamentos escitantes que entran en la composicion de los elixires.

Con el mismo objeto se han prescrito diversos *polvos*. Asi es que se ha administrado en polvo la *canela*, la *nuez moscada*, la *pimienta cubebas*, el *cilantro* y el *colombo* á diferentes dosis, uniéndolos con mucha frecuencia al *ruibarbo*. En fin, lo repito, no hay medicacion mas variada que la de que se trata. Como será tan fácil para los médicos asociar estos diversos medicamentos, creo que sería estenderme inútilmente el citar otros ejemplos.

El gran número de casos en que esta medicacion escitante, lejos de aumentar los dolores ha ayudado eficazmente á hacerlos desaparecer, es una prueba de su eficacia. Pero es menester

que se convenza el práctico, de que la causa de haber adquirido crédito algunas drogas inventadas por el charlatanismo, es la timidez con que muchos médicos usan estos medios en los dolores vivos del estómago, y aun la repugnancia invencible que tienen á esta medicacion. Todo depende en este caso de la exactitud del diagnóstico. Si se ha estudiado bien la enfermedad, si los signos que hemos espuesto mas arriba son manifiestos, es menester no titubear; porque insistiendo, como he dicho ya y como conviene repetirlo porque es un punto fundamental, en la medicacion debilitante, se perpetúa la enfermedad al mismo tiempo que se la hace mas violenta y mas rebelde.

Schmidtmann, á quien justamente se cita cuando se tráta de la gastralgia, usaba mucho los medicamentos que acabamos de indicar. Asi pues prescribia el *estracto de cuasia*, los de *centaura menor* y de *ajenjos*, á los que agregaba los tónicos, ferruginosos y amargos, y las observaciones que ha referido no dejan la menor duda acerca de la eficacia de este tratamiento.

Tónicos, amargos y ferruginosos. La mayor parte de los autores, como lo ha hecho Schmidtmann, han asociado los tónicos con los escitantes, empleando como es natural con preferencia la *quina*. Con este motivo citaré dos preparaciones estomacales que se han usado con mucha frecuencia, de las cuales una es la mistura que acabamos de indicar, y otra es la pocion siguiente:

℞	Sacaruro de quina........ } Sacaruro de vainilla....... } āā	8 gram.	(ʒij)
	Elixir de Garus..............	15 gram.	(℥ß)
	Jarabe de ajenjos............	30 gram.	(℥j)
	Agua de canela..............	130 gram.	(℥jv)

Fouquier ha recomendado unos polvos que he tenido ocasion de prescribir muchas veces, y que han producido muy buenos efectos, los que se componen del siguiente modo:

℞	Estracto seco de quina en polvo.	2 gram.	(ʒß)
	Carbonato de hierro...........	2 gram.	(ʒß)
	Canela en polvo...............	50 centígram.	(9 g̃)

Divídase en dos papeles. Se toma uno por la mañana y otro por la tarde.

Dufresne (1) ha usado la *cinconina;* pero nada prueba que esta sustancia sea mas útil que la misma quina.

Acabamos de ver que se han administrado los ferruginosos unidos á los tónicos; pero tambien se han prescrito solos, y nadie ha insistido mas sobre su utilidad que Trousseau y Bonnet (2). Ya he hablado de su modo de usar el subcarbonato de hierro contra los dolores de estómago en el artículo *Clorosis*, al que me bastará remitir al lector; solo diré que en estos casos de clorosis es cuando tienen un éxito mas feliz el uso de las preparaciones ferruginosas. Se emplean con iguales resultados, las *limaduras de hierro*, el *sulfato* y las diferentes preparaciones indicadas en el citado artículo *Clorosis*. Hoffmann recomendaba los polvos siguientes:

℞	Limaduras de hierro......	40 centígram.	(8 ℈)
	Azufre lavado............	30 gram.	(℥j)
	Estracto seco de cuasia....	30 centígram.	(6 ℈)

Pulverícese y divídase en veinticuatro papeles, y se toma uno tres veces al dia.

Segun Hoffmann, esta preparacion seria tambien muy eficaz en la *cardialgia de los gotosos;* pero nada prueba que no pueda ser útil en casos de otra especie.

En las gastralgias que se manifiestan en las mugeres cloróticas, el doctor Gueprattc (3) prescribe las píldoras siguientes á las que da el nombre de *clorosogastrálgicas*.

℞	Asa fétida..................	āā 2 gram.	(ʒß)
	Estracto de valeriana.........	āā 2 gram.	(ʒß)
	Tridacio....................	āā 2 gram.	(ʒß)
	Limaduras de hierro.............	4 gram.	(ʒj)
	Jabon de croton tiglio (Caventou)..	6 gram.	(ʒjß)

Hagánse 96 píldoras, y se toman tres al dia.

Nada demuestra que sean necesarios estos medicamentos. Por lo demás estas píldoras solo reunen remedios conocidos y que he recomendado separadamente.

Tambien en tisana ó en estracto se han prescrito los *amargos*, tales como la *centaura menor*, el *lúpulo*, la *fumaria*, etc., Es inútil presentar fórmulas para su administracion porque

(1) *Bibl. universelle de Genéve*, mayo de 1831.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª serie, 1832, t. XXIX, p. 552; y t. XXX, p. 42.
(3) *Journal des conn. méd.-chir.*, marzo de 1844.

no ofrecen gran interés. Unicamente haré mencion de una manera especial de la *hiel de buey*, en la que muchos autores, y en particular Schmidtmann, tenian gran confianza: se la prescribe con otras muchas sustancias ya indicadas, del modo que sigue:

℞ Hiel de buey espesada.......	ãã	10 gram. (ʒijß)
Estracto de genciana.........		
Ruibarbo...................		
Carbonato de hierro.............		4 gram. (ʒj)

Háganse píldoras de 10 centígramos (2 granos). Se toman de ocho á doce al dia, sobre todo antes de comer.

Nuez vómica y estricnina. Ya Schmidtmann habia aconsejado la administracion *de la nuez vómica*, y desde entonces se la ha usado con grandes ventajas cuando hallándose debilitado el estómago se deja distender fácilmente por los gases. Se administra la nuez vómica á la dosis de 5 á 15 centígramos (1 á 3 granos) en polvo, y 2 á 10 centígramos (de $^1/_2$ á 2 granos) en estracto alcohólico, pero aumentando gradualmente hasta esta última dosis. Tambien se da la *estricnina* en los mismos casos á la dosis de 3 á 5 milígramos ($^1/_{16}$ á $^1/_{10}$ de grano), y de la misma manera teniendo cuidado de suspender su administracion si sobrevienen accidentes.

Medicamentos alcalinos. Entre los diversos medicamentos de esta especie que se han prescrito en las *gastralgias contra los eructos ácidos y pirosis*, es necesario distinguir al *carbonato de amoníaco*. Algunos autores le han alabado casi como un específico, y le han introducido en casi todos los medicamentos estomacales, pero no está probada esta eficacia especial. Por lo demás es de advertir que no se ha prescrito sola esta sustancia, sino mas bien con otros muchos de los medicamentos ya indicados. Hé aqui la fórmula de Richter (1).

℞ Carbonato de amoníaco líquido..	24 gram. (ʒvj)
Agua destilada de flor de manzanilla.....................	90 gram. (℥iij)

Mézclese. Se toma una cucharada cada media hora.

Stütz (2), que ha recomendado muy particularmente los

(1) *Med. und chir. Bemerk.*
(2) *Hufeland's Journ.*, 1810.

álcalis, empleaba principalmente el *carbonato de potasa*, que administraba del modo siguiente:

℞ Carbonato de potasa. 20 á 30 centígram. (4 á 6 g)
Agua de cal........ 1 cucharada.

Mézclese. Se toma en media taza de leche dos veces al dia.

Todos saben que *ciertas aguas minerales* como las de *Vichy*, de *Pougues*, de *Neris*, *etc.*, tienen una ventajosa influencia, medicacion que basta solo indicar.

Michaëlis recomendaba el *aceite de tártaro por deliquio*, que no es otra cosa que el *carbonato de potasa* en delicuescencia, y le administraba á la *dosis de diez y ocho á veinte gotas*, creyendo que era muy eficaz principalmente en las personas histéricas (1).

En fin, se ha prescrito la *magnesia* á la dosis de 4 *á* 8 *gramos al dia* (1 á 2 dracmas); pero los medicamentos que acabamos de mencionar parecen mas bien que han sido ventajosos combatiendo un solo síntoma, la acidez de las primeras vias, que triunfando de la misma enfermedad.

Medios diversos. Todavía hay otros muchos medios que se han prescrito igualmente contra la gastralgia; pero me contentaré con indicar los principales, porque si quisiéramos entrar en pormenores, nos detendríamos demasiado, y entre los medicamentos que voy á examinar, no hay ninguno que goce evidentemente de una virtud específica.

El doctor Münzuthaler elogia el *aceite de hígado de bacalao*, que prescribe á la *dosis de una cucharada cuatro veces al dia.*

Elison (2) ha administrado la *tintura alcohólica de guayaco* unida á la *tintura alcohólica de beleño*, en la proporcion siguiente:

℞ Tintura alcohólica de beleño...... 4 gram. (ʒj)
Tintura alcohólica de guayaco.... 2 gram. (ʒß)

Mézclese. Se toman treinta gotas por mañana y tarde.

Algunos autores, y particularmente Jonhson y Ruef (3), han llegado hasta prescribir el *nitrato de plata*. La fórmula de este último es como sigue:

(1) *Hufeland's Journal*, 1797.
(2) *Journ. de pharm.*, marzo de 1832.
(3) *Medic. Annalen*, t. XII.

℞	Nitrato de plata..........	50 centígram.	(9 gr)
	Estracto de taraxacon.....	4 gram.	(ʒj)
	Raiz de lirio de Florencia..	4 gram.	(ʒj)

Háganse cuarenta píldoras. Se toman de una á cuatro al dia.

En la América del Sur se tiene gran confianza en *el copalchi* ó *quina blanca*, corteza de una planta que se cree ser un croton. El doctor Starck (1) ha administrado con el mas feliz éxito esta sustancia, que conviene en las digestiones imperfectas y difíciles que siguen á las calenturas intermitentes de larga duracion, porque, segun los médicos americanos, este medicamento es un antiperiódico superior á la quina. Hé aqui como se le administra.

℞	Copalchi....................	15 gram.	(ʒß)
	Agua hirviendo.............	1000 gram.	(℔ij)

Infúndase. Se toman tres cucharadas al dia.

Los demás remedios anteriormente mencionados tienen una eficacia tan reconocida, que no sé por qué se haya de emplear este medicamento. Para esto seria necesario demostrar que obra con mas prontitud y seguridad que todos los demás, y precisamente esto es lo que no se ha hecho. Las mismas reflexiones se aplican al *éter fosforado* que ha sido elogiado por Lobstein (2).

El doctor Belloc (3) ha alabado mucho en estos últimos tiempos el *carbon de madera de álamo*, preparado de cierto modo; pero me limito á indicarle aqui, porque ya volveré á hablar de él en el artículo dedicado al *vómito nervioso*, afeccion á que está mas especialmente destinado á combatir.

Afusiones frias, *hidroterapia*. Varios autores y especialmente Recamier han recomendado las *afusiones frias*, lo cual nos mueve á decir algunas palabras acerca de la hidroterapia, cuyos efectos se alaban en la actualidad, citándose como prontamente curados por la hidroterapia gran número de sugetos cuyas enfermedades se han indicado bajo el nombre de *gastritis* ó de *gastroenteritis crónicas*. En otra parte he advertido (4) que no

(1) *Edinburgh Journ.*; abril, 1849.
(2) *Recherches sur le phosphore*: Estrasburgo, 1815.
(3) *Bulletin de l' Académie de médecine;* Paris, 1849, t. XV, p. 280.
(4) *De l' hydrothérapie ou hydrosudopathie* (*Arch. gén. de médecine*, 4.ª serie, 1843, t. III, p. 315 y 434).

son muy legítimas las consecuencias deducidas de los hechos citados. Es cierto que durante el tratamiento hidropático se han curado con mas ó menos prontitud algunos enfermos que padecian gastralgias antiguas; pero es necesario recordar tambien que se cambia completamente el régimen de estos sugetos, que se les permite una alimentacion sustanciosa, aunque sencilla y que estas circunstancias deben influir algo en los buenos efectos obtenidos. Sin embargo, estoy lejos de negar la influencia que pueda tener este medio en la gastralgia, y aun es cierto que de todas las afecciones en que se usa, esta es en la que obra mas ventajosamente. Unicamente digo que será útil tener mayor número de observaciones, y poder compararlas con otras en que se haya empleado otro tratamiento con un éxito feliz y manifiesto.

A algunos enfermos les he prescrito el *agua pura* en la cantidad de uno ó dos vasos por mañana y noche y despues de las comidas, y todos han observado que los eructos ácidos se hacian menos frecuentes con esta medicacion simple. Por último, algunos médicos han usado la *electricidad* (el doctor Gourdon (1) y Sarlandiere); pero seria muy poco útil acumular asi las medicaciones, que rara vez se han usado, y cuyos efectos por consiguiente no se han podido apreciar convenientemente.

Resúmen. Si ahora echamos una ojeada sobre lo que se ha dicho hasta el presente, vemos que este tratamiento, tan rico y tan variado, y en cierto modo tan contrario, puede sin embargo resumirse sucintamente de modo que lleguen á establecerse sus principales bases. Los únicos medios cuya eficacia se halla demostrada son, por una parte los narcóticos que calman prontamente los dolores, y por otra los escitantes, los tónicos y los amargos, que haciendo cesar la debilidad del estómago, facilitan las digestiones. La mayor parte de los medicamentos usados pueden incluirse en una de estas dos clases, y como su accion es visiblemente análoga, basta que el médico esté prevenido para que pueda formular al instante el tratamiento de la gastralgia.

Régimen é higiene. Sin embargo de lo espuesto hasta aqui se habria hecho muy poco, si no se atendiera como se debe al *régimen*. Efectivamente, en la actualidad está bien demos-

(1) *Journal des connaissances médicales*, 1836.

trado que el régimen y los cuidados higiénicos tienen gran parte en el tratamiento. Se puede decir en general que el régimen debe ser *analéptico;* solo se trata de reconocer bien el estado del sugeto para no obligarle á tomar al principio mas que los alimentos y bebidas que puede llevar, y hacer en seguida el régimen mas sustancial. Asi pues, en los enfermos muy debilitados cuyo estómago repugna todos los alimentos, se empezará por caldos frios, un poco de jugo de carnes y una corta cantidad de vino generoso, y así se llegará prontamente á las carnes asadas, al vino de Burdeos, á los vinos de España, etc. Mas no se crea que se corre gran riesgo en proceder con mayor rapidez; antes por el contrario, mas bien se debe temer pecar por esceso de prudencia que por temeridad, como lo prueban los buenos resultados obtenidos por ciertos charlatanes que obran sin ningun discernimiento y recomiendan desde luego alimentos sustanciosos con bebidas escitantes, en casos en que médicos demasiado imbuidos en ciertas ideas teóricas no habian logrado la menor ventaja.

Atribuyendo Beau (1) el mayor número de las digestiones difíciles *(dispepsia)* á la insuficiencia del alimento, principalmente por la mañana, recomienda tomar sustancias suficientemente nutritivas en las primeras comidas.

Por consiguiente, no hay que temer, cuando hay seguridad de que la enfermedad es nerviosa, en poner prontamente á los enfermos á un régimen mucho mas sustancioso. Al mismo tiempo se recomendará un *ejercicio moderado*, *el habitar en el campo*, si es posible, y sobre todo se tendrá cuidado de *inspirar á los enfermos una completa confianza*, prometiéndoles una curacion pronta y segura, pues ya hemos visto que la mayor parte de ellos estaban dispuestos á la hipocondría. Esta disposicion del espíritu es muy contraria al buen resultado del tratamiento. El doctor Barras, que há padecido él mismo de esta enfermedad, y que se ha encontrado en esta desfavorable condicion, ha podido juzgar de la utilidad de la precaucion de que se trata, por lo cual la recomienda con instancia.

¿Deberiamos ahora recorrer las diversas especies de gastralgias (histéricas, cloróticas, gotosas, reumáticas, etc.) admitidas

(1) Courtin., *de la dyspepsie*, etc. (*Union medicale*, 1848.)

por muchos autores, á fin de saber si cada una de ellas exige un tratamiento particular? No lo creo, porque además de que solo encontrariamos aserciones sin pruebas, ya he manifestado en el discurso de este artículo al tratar de estas medicaciones particulares, lo que es necesario saber tocante á este punto, y creo que es mas conveniente decir algunas palabras acerca del tratamiento de los diversos síntomas.

Tratamiento de los síntomas. El *estreñimiento* que acompaña á la gastralgia debe llamar la atencion del médico, el cual deberá combatirle por medio de *lavativas purgantes*, ó como he dicho mas arriba, con los minorativos. Si *los vómitos* fuesen frecuentes se prescribirán especialmente el *agua de Seltz ó los polvos aeróforos* de Schmidtmann, es decir, la mezcla de ácido tartárico y de subcarbonato de sosa. Ya hemos visto con qué facilidad los opiados triunfan del *dolor*, y cuanto facilitaban y aceleraban la *digestion* los tónicos y los escitantes. Estos cuatro órdenes de remedios bastan en casi todos los casos de gastralgía crónica para combatir con prontitud cada síntoma en particular.

Para tener una idea de la rapidez con que el tratamiento, tal como le acabamos de indicar, puede triunfar de la enfermedad, aun en los casos graves, basta decir que en las observaciones que tengo á la vista han bastado uno ó dos meses y algunas veces mucho menos, para hacer desaparecer gastralgias que duraban hacia ya dos, tres, cuatro y aun nueve años. Esta enfermedad, es pues una de las que ceden mas fácilmente y sobre las que tiene mas poder la medicina.

Por último, para terminar debemos decir que si se encontrase en otros órganos alguna causa á que pudiera atribuirse la enfermedad, seria necesario apresurarse á combatirla. Asi es como Mondiere ha tratado la *gastralgia ocasionada por la supresion del sudor de los pies* restableciendo este, y por lo mismo se combate la *leucorrea*, origen tan fecundo de gastralgias. Pero no insistiré mas aqui sobre estos medios, porque ya se han espuesto en otro lugar detalladamente (1).

Prescripciones. Me parece que bastará con un corto número de prescripciones para indicar en general la conducta que se

(1) *Vease leucorrea y tratamiento de la coriza producida por la supresiòn del sudor de los pies.*

debe seguir, y los medios que se deben poner en uso en los diversos casos particulares que se presentan, por decirlo asi, al médico.

PRESCRIPCION I.

EN UN CASO DE GASTRALGIA PRODUCIDA RÁPIDAMENTE POR UNA CAUSA ESCITANTE *(Gastralgia aguda)*.

1.° Para bebida, un ligero cocimiento de manzanilla azucarado.
2.° Dos ó tres cucharadas de jarabe de acetato de morfina al dia, sobre todo inmediatamente antes ó despues de las comidas.
3.° Una lavativa de agua de malvabisco y de cabezas de adormideras.
4.° Quietud y régimen suave.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE GASTRALGIA CRÓNICA CON DOLOR INTENSO.

1.° Para bebida, infusion de flor de tilo endulzada con jarabe de flor de naranjo.
2.° Vejigatorio en la region epigástrica, curado con acetato de morfina.
3.° Interiormente uno de los diversos narcóticos anteriormente mencionados.
4.° Preparaciones tónicas, ferruginosas, amargos, escitantes, aguas minerales de Vichy, de Pougues, etc. (veáse pág. 264 y signientes).
5.° Combatir el estreñimiento por lavativas purgantes.
6.° Ejercicio y régimen analéptico.

PRESCRIPCION III.

EN UN CASO DE VÓMITOS FRECUENTES.

1.° Para bebida, infusion de genciana endulzada con jarabe de cáscara de naranja.
2.° Agua de Seltz.
3.° Opiados, tónicos, ferruginosos, y aguas minerales como en el caso anterior.

4.° Régimen y precauciones higiénicas las mismas que en las otras prescripciones.

En los casos de histérico, de clorosis, de hipocondría, etc. se pondrán en uso los medicamentos particulares indicados en su lugar oportuno, por lo que es inútil ocuparse ahora de ellos.

Breve resumen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes y régimen severo (proscritos). Vomitivos, purgantes, antiespasmódicos, sedantes, narcóticos, escitantes, tónicos, ferruginosos, amargos, álcalis, aguas minerales, aceite de hígado de bacalao, nitrato de plata, fósforo, afusiones frias, hidroterapia, nuez vómica, electricidad, régimen analéptico y precauciones higiénicas.

ARTICULO XIII.

VÓMITO NERVIOSO.

El vómito nervioso es una enfermedad todavía muy poco conocida. En los siglos pasados se consideraba con frecuencia al vómito como una enfermedad, pero los progresos de la anatomía patológica han demostrado que por lo comun está relacionado con lesiones mas ó menos profundas ó con trastornos funcionales de los que es solo un síntoma. Sin embargo, hay cierto número de casos en que necesariamente se debe considerar al vómito como una enfermedad á parte, y que merece tanto mas la atencion del médico cuanto que es muy grave, y que cuando adquiere cierto grado de intensidad se termina casi constantemente por la muerte.

Habiendo hecho algunas investigaciones en los autores antiguos, en vista de algunos casos que se me presentaron, me he asegurado que es casi siempre imposible saber si los casos que refieren bajo el título de vómito son solo síntomas de una enfermedad mas ó menos grave ó son ejemplos de vómito esencial. Las mas veces hay motivo para creer que no se trata mas que de un simple síntoma, como es fácil convencerse recorriendo las obser-

vaciones, y en particular las de Morgagni, de F. Hoffmann, etc.

Solo un caso entre los que cita Hoffmann (1) me ha parecido referirse al vómito nervioso; pero este hecho deja todavía dudas porque faltan los pormenores mas importantes.

Los modernos se han hallado en disposicion de estudiar hechos menos dudosos. Chomel ha citado muchas veces en sus clínicas cierto número de estos casos, y Louis ha observado igualmente muchos vómitos que no podia atribuir á ninguna lesion apreciable, y en mi memoria (2) he referido dos observaciones récogidas por Leudet en su clínica.

P. Dubois (3) ha hecho tambien mencion de algunas, pero sin entrar en pormenores.

Por último, yo mismo he observado cuatro casos evidentes de esta afeccion, de los cuales dos han sido referidos con todos los detalles necesarios en el escrito ya indicado (4).

En lo que hasta aquí he dicho no he hablado del *vómito nervioso* que sobreviene en las *mugeres preñadas*, sin embargo de que hay grande analogía entre estas dos especies de vómitos. Los síntomas y el curso de la enfermedad son tan semejantes en estos diversos casos, que se pueden considerar como idénticos. La afeccion seria la misma, solo que en ciertas circunstancias habria una causa positiva, la preñez: al paso que en otras no se encontraria ninguna alteracion ó perturbacion orgánica ó funcional que diese origen á la afeccion.

Los vómitos que se manifiestan durante la preñez han sido naturalmente mejor estudiados que los precedentes, y tocante á este punto pudiera citar á la mayor parte de los principales comadrones; pero como se debe tratar especialmente aqui del vómito esencial propiamente dicho, me limitaré á mencionar las observaciones referidas por Vigla (5) y Forget (6), que son ejemplos de vómitos incoercibles y mortales en mugeres preñadas.

(1) *De motu ventriculi convulsivo, sine vomitu* (Op. omn., t. III, sect. I, obs. VIII, p. 151; Ginebra, 1671).

(2) *Consid. path. et thérap. sur le vomissement nerveux* (*Bull. gén. de thér.* 15 de agosto, 15 de setiembre y 15 de octubre de 1849).

(3) *Union médic.*, 17 de octubre de 1848.

(4) *Lug. cit.*

(5) *Gaz. des hôp.*, 22 de octubre de 1846.

(6) *Gaz. des hôp.*, 24 de julio de 1847.

Quedan ahora ciertos vómitos cuya naturaleza es dudosa; tales son los que estan relacionados con dolores intensos en el epigastrio y en los hipocondrios, sin que sin embargo se pueda encontrar la causa, ya en un cólico hepático, ya en un cólico nefrítico, ya en fin en una neuralgia con sus caracteres habituales. Yo he observado cierto número de estos casos y he encontrado muchos en las diversas colecciones médicas; pero todavía no he podido formar una opinion bien fija sobre este punto.

Por último, se ha descrito bajo el nombre de *vómito crónico* (1) un vómito que se reproduce por intervalos mas ó menos largos; pero como no es cierto que se trata en semejante caso de la misma afeccion de que nos ocupamos aqui, me limitaré á decir de ella algunas palabras cuando esponga el *diagnóstico.*

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se ha dado el nombre de vómito nervioso á una afeccion en la que los vómitos frecuentes, las mas veces mucosos, muy rara vez biliosos, y la imposibilidad que resulta de tomar alimentos, producen al cabo de algun tiempo un estado muy grave y con frecuencia la muerte, sin que haya ninguna lesion del estómago que esplique la aparicion de estos vómitos, su persistencia y su funesta terminacion. No cabe duda que esta definicion no es muy precisa, pero me parece dificil encontrar otra mejor en el estado actual de la ciencia.

El vómito nervioso ha sido designado por los diversos autores con los nombres de *vómito* sin ninguna otra calificacion, de *vómito esencial*, *vómito espasmódico* y de *vómitos incoercibles.*

Esta enfermedad es una de las mas raras, si se hace abstraccion de los vómitos de las mugeres preñadas, y sobre todo de estos vómitos pasajeros que no se manifiestan sino en los primeros tiempos de la preñez, que se disipan por sí mismos y que son de poca importancia para el práctico.

(3) *Dict. de méd.*, 2.ª edit., t. XXX, p. 919, art. VOMISS. PAHT.

§. II.

CAUSAS.

En vista de lo que he dicho acerca del corto número de datos que poseemos sobre el vómito nervioso, no es de esperar que los tengamos mas exactos acerca de su etiologia; asi pues me limitaré á copiar en este lugar el pasaje en que se trata de este punto en el escrito anteriormente citado (1):

«La mayor parte de las enfermedades del estómago se han atribuido á los *pesares* y á las *emociones* fuertes frecuentemente repetidas; por lo tanto es muy natural que se haya asignado la misma causa para una afeccion que segun todas las apariencias es de naturaleza nerviosa; pero como un simple dato, porque son pocos los hechos, diré que entre los casos que han llegado á mi noticia, solo hay dos que me ha parecido se pueden atribuir á esta causa.

»Chomel ha tenido ocasion de ver mayor número de ellos que se le han presentado *á consecuencia del cólera* de 1832. Otros muchos prácticos han observado como él la mayor frecuencia del vómito nervioso despues de las epidemias de esta afeccion. Tres casos que yo he visto se me presentaron en el curso del año 1849, y dos de ellos es evidente que se produjeron bajo la influencia del cólera. Quizás el temor de contraer esta enfermedad influia mucho, y este temor podia incluirse entre las emociones largas y penosas de que he hablado poco hace.

»Este mismo motivo, y el demasiado reducido número de hechos, no me permite hablar con utilidad de otras causas asignadas á este vómito, tales como la *insalubridad de la habitacion*, *una alimentacion insuficiente* y desarreglada, y los diversos *escesos*. Una muger de edad de sesenta y seis años que he tenido en mi clínica del Hospital de Santa Margarita y á la que he visitado en su casa hasta su muerte, tenia gran apetito, comia mucho, y bebia gran cantidad de vino; pero hacia ya muchos años que seguia este régimen sin que por eso le hubiera padecido.

(1) *Lug. cit.*, p. 100.

»La *edad* merece tenerse en consideracion. En cuatro casos de muerte cuyos pormenores conozco, la edad ha variado de cuarenta á sesenta y seis años. En los dos casos recogidos por Leudet, la edad era de veinticuatro y treinta y dos años, y los enfermos se curaron. Este es un dato precioso del que no podemos sacar ninguna consecuencia. En cuanto á la *edad crítica* que ha parecido á algunos autores que ejerce gran influencia sobre la produccion de esta enfermedad, no veo en las observaciones ninguna cosa que confirme esta opinion. De cinco mugeres no habia mas de una que se acercase á esta edad, y todavía no se habia presentado el menor trastorno en la menstruacion.

»Apenas creo necesario añadir que la *preñez* en los primeros meses es la principal causa del vómito nervioso; hecho que se ha conocido en todos tiempos, aunque estos vómitos cuando adquieren bastante intensidad para comprometer la existencia de la enferma, no han sido estudiados con todo el cuidado que era de desear.»

Por último, es preciso convenir que en ciertos casos en que no hay preñez no podemos llegar á percibir la causa del mal, y en cuanto á la mayor parte de aquellos en que la hay, no se puede comprender por qué han adquirido una gravedad insólita y bastante considerable para causar la muerte.

§. III.

SÍNTOMAS.

Habiendo descrito igualmente los síntomas de esta afeccion en la Memoria de que he tomado la etiología, no puedo hacer otra cosa mejor que consignar aqui esta descripcion (1).

Invasion. «En los casos que he podido estudiar, apenas ha sido anunciada la *invasion* por algun malestar precursor, y á veces ni aun hay ninguna especie de desazon, como se puede ver en una de las observaciones que he reunido. No he visto mas que un solo caso escepcional en una muger, que algunos

(1) *Lug. cit.*

dias antes de la aparicion de los vómitos tuvo síntomas de calentura intermitente con fuertes retortijones de vientre.

»El malestar que esperimentan los enfermos algunos dias antes que se declaren los vómitos, consiste en una sensacion de peso en el estómago, algunas veces náuseas ó un líquido acuoso que se viene á la boca, principalmente por la mañana. Este estado es bien conocido porque se le ve muchas veces preceder al vómito en los primeros tiempos de la preñez....

»Asi pues, en los casos mas comunes hay *al principio* una sensacion de *malestar;* pero algunas veces es el vómito la primera señal de la enfermedad, y mas rara vez sin duda puede empezar la afeccion por fenómenos enteramente insólitos.

Síntomas. »El síntoma casi unico de esta enfermedad es el *vómito.* Apareciendo primero los vómitos con intervalos bastante largos, concluyen por hacerse frecuentes y aun muy numerosos, llegando algunas veces hasta veinte, cuarenta y aun mas al dia.

»No es comun ver que los vómitos aumenten sin interrupcion, sino que hay de cuando en cuando uno ó muchos dias de calma durante los cuales son raros ó se suspenden para reproducirse en seguida con tanta ó mas frecuencia.

»Los vómitos son generalmente *acuosos*, pues muy rara vez son arrojados los *alimentos*, y apenas de tarde en tarde se encuentra un poco de *bilis* en las materias vomitadas. Algunas veces hay *estrias sanguinolentas*, debidas únicamente á los esfuerzos y á los movimientos violentos del esófago y de la faringe.

»Lo que hay sobre todo de mas notable, es la poca intensidad y aun la falta de *dolor* epigástrico. En el primero de los dos casos cuya observacion he referido, apenas hubo algunos retortijones, que solo se sintieron durante los primeros tiempos de la enfermedad, y en el segundo no hubo verdadero dolor. En dos casos que me han sido comunicados por Leudet, no habia ningun dolor espontáneo ni tampoco á la presion. En el otro, por el contrario, hubo dolores bastante vivos....

»Muchas veces hay entre los vómitos, los dolores epigástricos y ciertos dolores intercostales, una relacion cuya existencia podemos comprobar, pero que nos es dificil esplicar. En la actualidad hay casos bastante numerosos en que he visto existian *puntos dolorosos* á lo largo de la columna vertebral, en los es-

pacios intercostales y á lo largo de los bordes del esternon, al mismo tiempo que dolores violentos de estómago y vómitos. En semejante caso hay ataques violentos semejantes á los cólicos hepáticos, y sin embargo nada prueba que haya cálculos biliarios.

»En resúmen, está demostrado para nosotros que sin que podamos descubrir la causa, el vómito nervioso se verifica tan pronto sin dolor ó casi sin él, como con un dolor bastante notable. Pero lo que hay de cierto es que en la mayor parte de casos, el dolor solo ocupa un lugar muy secundario. Al emitir esta proposicion prescindo de estos casos muy dolorosos de que acabo de hablar, y acerca de los cuales no tengo aun una opinion fija, aunque los he estudiado atentamente.

»Además de los vómitos se observan frecuentemente *eructos* mas ó menos penosos, de *gases* que no tienen olor ni sabor.

»En cuanto á la *configuracion del epigastrio*, no presenta absolutamente nada de particular. Esta region está flexible, sin tumefaccion, y solo algunas veces se nota por la *percusion* una acumulacion mas ó menos considerable de gases en el estómago, y se obtiene un sonido timpanítico, principalmente en el hipocondrio izquierdo, pero este síntoma no es permanente.

»La *sed* solo es algo notable hácia el fin de la enfermedad, cuando se desarrolla la calentura; el *apetito* se conserva tambien en parte hasta esta época, y solo el temor de promover los vómitos impide que coman los enfermos, y no precisamente porque arrojen generalmente los alimentos que han tomado, pues como acabamos de ver los vómitos son acuosos, sino porque las ganas de vomitar son con frecuencia mayores durante la digestion. No es raro ver que se lleva bien un alimento y se calman los vómitos por su influencia por espacio de dos ó tres dias; unas veces es la leche, otras el caldo, etc., y aun á veces se ven alimentos groseros que exigen para digerirse un buen estómago, que momentáneamente se llevan mejor que los otros; asi es como he visto sentar muy bien por mas de tres dias, la sopa con cebolla, y cesar casi completamente los vómitos por esta influencia singular. Por consiguiente, como es fácil de advertir, este es un nuevo y notable punto de semejanza entre estos vómitos y los de las mugeres preñadas. Efectivamente, es sabido que en estas últimas son á veces perfectamente tole-

rados los alimentos mas groseros, siendo asi que los demás les repugnan y escitan el vómito. Asi pues, para mí son ambos casos idénticos.

»En el conducto intestinal no se observa ninguna otra cosa que cierto grado de *estreñimiento* sin dolores de vientre.

»Hasta que aparece la calentura la *piel* conserva su calor normal, no hay ninguna aceleracion ni irregularidad del *pulso*, la *inteligencia* se halla perfectamente sana, no hay dolor de cabeza, la *cara* tiene su espresion normal, escepto en el momento en que vienen ganas de vomitar; en fin, todos los demás órganos conservan su integridad.

»Asi pues, los vómitos acuosos, con poco ó ningun dolor en la mayor parte de los casos, los eructos gaseosos, una desmejoría muy lenta, debida únicamente á la insuficiencia de la alimentacion, y la falta completa de calentura, tal es el cuadro de la enfermedad hasta los últimos dias.

»Pero entonces, y casi nunca hasta los cinco, seis ó siete dias que preceden á la muerte, la escena cambia: el *pulso* se acelera y se pone pequeño, y llega hasta setenta, noventa, ciento y ciento veinte pulsaciones; la *piel* está mas *caliente* que en el estado normal; la *boca* se seca y enrojece; el *aliento*, como ha notado Pablo Dubois, adquiere una acidez notable; la *sed* es mas viva, y despues de continuar algunos dias en este estado, es lo comun ver sobrevenir el *delirio* y otros diversos *accidentes cerebrales* que anuncian una muerte próxima. En un caso he visto venir una bronquitis general capilar á complicar la enfermedad y hacerla mas prontamente mortal.

»En este *período febril* de la enfermedad, se *suspenden los vómitos* en cuanto adquiere la calentura cierta intensidad, y se declaran los síntomas cerebrales. He visto esta supresion en un caso que he observado últimamente *en un hombre* atacado de esta afeccion en la convalecencia de un reumatismo muscular agudo. Solo la víspera del dia de su muerte volvieron despues de la ingestion de dos cucharadas de una pocion almizclada, y lo que es notable, tuvo tres vómitos abundantes y biliosss, al paso que en cerca de dos meses que duró la enfermedad habian sido poco abundantes y casi siempre mucosos.

»Tales son los fenómenos que se observan en los *casos que se terminan por la muerte;* en aquellos en que se *obtiene la cu-*

racion sucede lo mismo, solo que no se manifiesta el movimiento febril, y asi que los vómitos se contienen se recobra prontamente la salud.»

Ya he indicado mas arriba las razones que me han inducido á no hacer mas que una simple mencion del vómito á que se ha dado el nombre de vómito crónico. Pero ¿nos deberemos detener mas en el que ha descrito Fleury en su tesis (1) con el título de vómito nervioso crónico? El lector puede en seguida juzgarlo. Este autor describe con este nombre una afeccion en la que las sustancias alimenticias ó medicinales, líquidas ó sólidas, introducidas en el estómago, son arrojadas pronto ó tarde y muchas veces sin dolores, por solo el hecho de hallarse exaltada la sensibilidad de este órgano, ó de una especie de atonía, y algunas veces sin alteracion notable de la salud general.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Resulta de la descripcion precedente, que la enfermedad tiene en un principio un curso lento con exacerbaciones mas ó menos frecuentes, cuyo curso se precipita hácia el fin.

P. Dubois *(lug. cit.)*, quien por su descripcion del vómito nervioso en las mugeres preñadas nos ha suministrado una prueba de la identidad de esta afeccion en el estado de preñez y en el de vacuidad, ha admitido *tres períodos* distintos. En el *primero* se notan vómitos pertinaces, la debilidad, el enflaquecimiento y la languidez que son su consecuencia, pero todo esto sin fiebre. En el *segundo* se advierte frecuencia del pulso, sed viva, y una acidez muy notable del aliento. En fin, el *tercero* se halla caracterizado por accidentes cerebrales, delirio, alucinaciones, dolores neuralgicos, perturbaciones de de la vision y coma.

Esta esposicion de la sucesion de los síntomas es perfectamente exacta; sin embargo, se suceden tan rapidamente los los últimos períodos, que se confunden ordinariamente tan bien entre sí, que no creo debo admitir mas de dos períodos, y hé

(1) *Essai sur le vomiss. nerveux*; Tésis, Paris, 1847.

aqui lo que decia sobre este punto en la memoria anteriormente citada.

«Es cierto que los síntomas febriles aparecen un poco antes que los fenómenos cerebrales; pero estos síntomas se siguen tan de cerca y tienen tal dependencia unos de otros, que no hay ninguna línea de demarcacion evidente; de suerte que á no considerar el cuadro de la enfermedad de un modo general, no se ven mas que estas dos grandes divisiones: 1.ª *largo período de dos meses y mas*, casi únicamente caracterizado por el vómito; 2.ª *período mucho mas corto que no pasa por lo comun de una semana*, y caracterizado por síntomas febriles notables, fenómenos cerebrales variados, en los cuales domina el delirio, y en fin la supresion de los vómitos.»

Tal es el modo con que se presentan los síntomas en los casos en que los enfermos sucumben; pero cuando se efectúa la curacion, falta completamente el segundo período, como he manifestado anteriormente.

Casi nunca la *duracion* total de la enfermedad es menor de dos meses; antes por el contrario pasa con frecuencia este límite. Cuando se consigue la curacion puede durar cuatro meses y mas.

Esta afeccion *termina* por lo comun con la muerte. De mas de treinta casos observados por Chomel despues del cólera de 1832, solo dos ó tres tuvieron una terminacion feliz. De cuatro casos que se me han presentado en estos últimos años solo en uno se ha logrado la curacion.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En cuanto á los vómitos nerviosos sin preñez, solo tenemos algunos datos insuficientes, ó por mejor decir ninguno tenemos acerca de las lesiones anatómicas, pues carecemos de descripciones de autopsias detalladas; pero no sucede exactamente lo mismo respecto á los casos observados en las mugeres preñadas.

P. Dubois *(lug. cit.)* se limita á decir lo siguiente á propósito de un caso mortal ocurrido en una muger, en la que

fue preciso recurrir al parto prematuro. «En la autopsia se reconoció una ligera lesion del estómago, que á mi modo de ver no debe considerarse como la causa de los accidentes.»

Vigla (1) ha referido un caso de vómito nervioso durante la preñez, observado con el mayor cuidado, y en el que se pudo hacer la autopsia; el estómago y los intestinos estaban sanos, y el útero, que se hallaba igualmente sano, contenia un feto de trece á catorce semanas.

Lo mismo sucedió en una observacion recogida por Forget (2), solo que la preñez estaba mucho mas adelantada, puesto que habia llegado al sesto mes, y la enferma habia sucumbido despues de mas de cuatro meses de vómitos que no se pudieron contener.

Por mi parte no he tenido ocasion de practicar ninguna autopsia en ningun caso análogo á aquellos cuya historia he dado mas arriba; pero todo nos induce á creer que no habia realmente en dichos casos una lesion que se pudiera apreciar por los sentidos, y como por otra parte he indicado varias veces la gran semejanza entre el vómito de que se trata y el de las mugeres preñadas, en las que como demuestran los hechos referidos por Vigla y Forget el estómago é intestinos estaban intactos, se encontrará suficientemente justificada hasta que haya mejores datos, la denominacion de vómito nervioso que damos á esta enfermedad.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Si se han estudiado bien los síntomas que acabo de describir y el curso de la enfermedad, no parecerá difícil el diagnóstico. Las enfermedades con que se pudiera confundir esta afeccion son: la *gastritis*, la *gastralgia*, el *cólico hepático*, el *cólico nefrítico*, el *vómito crónico*, del que he dicho algunas palabras mas arriba, el *cáncer del estómago*

(1) *Gaz. des hôp.*, 22 de octubre de 1846.
(2) *Gaz. des hôp.*, 24 de julio de 1847.

y el *envenenamiento.* Comparemos estas afecciones con el vómito nervioso.

La *gastritis*, como se ha visto anteriormente, se halla caracterizada desde los primeros tiempos por vómitos biliosos, un dolor en el epigastrio mas ó menos vivo, y cierto grado de calentura, síntomas que se observan en la inflamacion del estómago, ya aguda ó ya crónica. Por el contrario, en el vómito nervioso, son acuosos ó mucosos los vómitos, no hay en el epigastrio mas que dolor espontáneo, retortijones cuando hay arcadas, y no se presenta la calentura mientras dura el primer período.

Tampoco puede confundirse la *gdstralgia* comun con el vómito nervioso. Es verdad que en la gastralgia hay á veces vómitos, y principalmente vómitos acuosos ó mucosos; pero lejos de constituir estos vómitos toda la enfermedad, solo son un síntoma accesorio de mediana importancia. Apenas se efectúan una ó dos veces al dia, al paso que el dolor, las angustias, la inflacion del estómago y todos los demás síntomas que constituyen la gastralgia, se presentan con mas frecuencia y principalmente despues de comer. Por otra parte, y este hecho disipa todas las dificultades, hay numerosas gastralgias sin vómitos de ninguna especie.

Sin embargo, se podria decír que esta es una *gastralgia* de una especie particular, y en la cual solo los vómitos tienen grande pertinacia. En rigor, con esta esplicacion se puede admitir esta opinion sobre la naturaleza de la enfermedad. Con todo, no puedo menos de llamar de nuevo la atencion sobre la falta de casi todo dolor en muchos casos muy notables, y me parece que es dificil hacer concordar esta poca importancia del dolor durante toda la duracion de la afeccion con la constancia de una verdadera gastralgia.

En ciertos casos, como he dicho mas arriba, he visto dolores vivos en el epigastrio, en los hipocondrios y region dorsal, que teniendo focos distintos y exacerbaciones violentas se presentaban al mismo tiempo que los vómitos acuosos, que desaparecian por la aplicacion de vejigatorios espolvoreados de mostaza sobre los puntos doloridos, en cuanto se habia hecho cesar un absceso de neuralgia intercostal que existia evidentemente. Estos casos aunque oscuros, se distinguen á primera vista de la enfermedad que nos ocupa por la intensidad misma del dolor.

Lo mismo sucede con el *cólico hepático* y los *cólicos nefríticos*. Además, en estas últimas afecciones hay para guiarse en su diagnóstico, el asiento de los dolores que siguen el trayecto de los uréteres ó de los conductos biliarios, el estado de la orina, las sensaciones en la vejiga y en el conducto de la uretra, la ictericia y el estado de las cámaras. En fin, en estos casos los vómitos son las mas veces biliosos.

Asi como hemos dicho anteriormente, hay una especie de vómito que se ha descrito (1) con el nombre de *vómito crónico*, y que bajo algunas consideraciones se parece algo al que nos ocupa; pero que en algunos casos, á lo menos en los que le conviene el nombre de vómito crónico, se diferencia bastante bajo otras muchas. Efectivamente, este vómito no es causado, y todo induce á creerlo asi, por ninguna lesion orgánica apreciable, lo que le asemeja al vómito nervioso; pero no repite sino con intervalos bastante largos, regulares ó irregulares, no altera la salud en estos intervalos, y permite que los enfermos se dediquen á sus ocupaciones. Un buen ejemplo de este vómito se encuentra en las investigaciones de Morgagni (2), y Tardieu ha citado otro caso no menos notable en sus *elementos de patologia médica*. En el artículo del diccionario que acabo de citar, se notan las palabras siguientes: «Puede tambien (el vómito crónico) repetir con bastante frecuencia para dejar apenas descanso alguno al enfermo.» ¿Se referiria este pasaje á casos semejantes á aquellos cuya historia he presentado? No es esto absolutamente imposible.

Viendo la persistencia de los vómitos en casos en que no se puede encontrar ningun signo de preñez, se puede preguntar, sobre todo si la enferma es de una edad algun tanto avanzada, si no se trata de una enfermedad orgánica, de un *cáncer del estómago*. Pero el diagnóstico no es mas difícil respecto del cáncer que tocante á las enfermedades precedentes. En efecto, acordémonos de que en el cáncer del estómago lo primero que se observa es el vómito de los alimentos mas ó menos tiempo despues de las comidas, y que en seguida se ve aparecer el dolor, muchas veces un tumor en el epigastrio, y sobre todo una de-

(1) *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 919, art. *Vomiss pathol.*
(2) *De caus. et sed. morb.*

macracion mucho mayor que lo que pudiera hacer temer el grado de abstinencia á que se ven reducidos los enfermos. Pero en el vómito nervioso no sucede así, sino que se observan vómitos frecuentes, mucosos ó formados en gran parte por las bebidas arrojadas, dolor epigástrico generalmente mediano y á veces casi ninguno, demacracion poco considerable respecto de la abstinencia casi completa que guardan los enfermos, signos todos diferenciales que son mas que suficientes.

Queda ahora por tratar la cuestion del *envenenamiento*. Ya he dicho que un médico poco versado en el conocimiento de las enfermedades del estómago y de los diversos envenenamientos, no puede tener la menor duda al ver un vómito nervioso; pero la cuestion es demasiado importante, y esta enfermedad es demasiado poco conocida todavía para que pueda dispensarme de entrar en algunos pormenores sobre esta materia.

En primer lugar es menester dejar á un lado todas las sustancias que para producir el envenenamiento deben necesariamente causar dolores muy vivos en mayor ó menor estension del conducto digestivo. Efectivamente, este dolor no existe en la enfermedad de que tratamos, y asi no tenemos que ocuparnos de las sustancias acres y corrosivas. Tampoco puede confundirse con el de los narcóticos, puesto que dados á dosis bastante altas para producir vómitos como aquellos de que he hablado, producen inevitablemente síntomas cerebrales notables, y que uno de los caracteres principales de la enfermedad de que nos ocupamos, es el dejar durante casi toda la enfermedad la inteligencia, la vista, el oido, etc. en toda su integridad.

Ne veo pues, mas que el *envenenamiento por el arsénico*, el cual se podia creer que existia dejándose llevar por un exámen sumamente superficial. Pero si se quieren estudiar bien los hechos no se tarda en ver que esta suposicion no puede sostenerse mucho tiempo en vista de ellos. En efecto, aun suponiendo el caso todo lo mas escepcional que sea posible, nunca lo será bastante para que todos los síntomas del envenenamiento se reduzcan á simples vómitos medianamente dolorosos, y en este mismo caso (el cual es ciertamente muy raro) en que el dolor intestinal es poco vivo, hay una profunda postracion de fuerzas, una alteracion de las facciones y una sensacion de malestar tan grande que no es fácil engañarse y que faltan en los vómitos nerviosos.

Además, nunca se verá en el envenenamiento por las preparaciones arsenicales intervalos de muchos dias durante los cuales habiendo cesado repentinamente los vómitos, se encuentren tan bien los enfermos que se crean completamente curados, que es lo que se observa en un gran número de vómitos nerviosos.

Asi pues, el vómito nervioso no simula bastante á ningun envenenamiento conocido, para que un exámen ilustrado nos haga evitar todo error. La idea de un envenenamiento solo podria ocurrir á los que no habiendo observado nunca esta afeccion, fueran además muy poco versados en los conocimientos toxicológicos.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos del vómito nervioso y de la gastritis.*

VÓMITO NERVIOSO.	GASTRITIS.
Vómito *acuoso* ó *mucoso*. Los vómitos biliosos solo son accidentales y no se presentan las mas veces hasta *el fin de la enfermedad*.	Vómitos *biliosos desde los primeros momentos*.
Dolor en el epigastrio *poco notable* y *pasajero*.	Dolor en el epigastrio *mas ó menos notable* y *permanente*.
No hay calentura durante el primer período, que es el mas largo.	*Calentura* desde el principio.

2.° *Signos distintivos del vómito nervioso y de la gastralgia.*

VÓMITO NERVIOSO.	GASTRALGIA.
Vómitos *frecuentes*.	Vómitos *raros* escepto en algunas exacerbaciones
Dolor *mediano*.	Dolor siempre *penoso* y muchas veces muy violento.

siones sangníneas. Sin embargo, y principalmente con el objeto de calmar los dolores, se han aplicado á veces algunas *sanguijuelas* al epigastrio; pero esta aplicacion no ha tenido buen resultado. Si en la época en que se manifiesta la calentura sobreviniesen signos de inflamacion del estómago, se insistiria mas sobre este medio; pero es preciso saber que en esta época se termina la enfermedad casi infaliblemente por la muerte.

Narcóticos. Se ha prescrito el *opio* bajo diversas formas á los enfermos que padecian esta afeccion, y parece que se han logrado con él grandes ventajas para calmar los dolores que preceden á los vómitos, y se ve en las observaciones que tiene ordinariamente por resultado hacerlos menos frecuentes; pero á pesar de las altas dosis á que se le ha dado, no hay un solo caso de curacion que se le deba atribuir, de suerte que no se le puede mirar mas que como un escelente paliativo.

Las *lavativas laudanizadas* en particular, y la *morfina* administrada por el *método endérmico*, producen notable alivio. Para obrar en estos casos se deben dar siempre las preparaciones opiadas á una dosis bastante alta en un corto espacio de tiempo. Asi pues, se elevarán las dosis en dos ó tres dias en las proporciones siguientes: Estracto de opio de 10 á 15 centígramos (de 2 á 3 granos) en píldoras; láudano de Rousseau, de 15 á 20 gotas; morfina por el método endérmico de 3 á 5 ó 6 centígramos ($^{3}/_{8}$ á 1 ó 1 $^{1}/_{8}$ de grano) al dia.

Tambien se pueden obtener segun Bretonneau algunas ventajas con la *belladona*. Es cierto que no se la ha empleado mas que en casos de preñez; pero como estos casos son semejantes á los que he descrito, se les pueden aplicar los mismos medios. Este autor aconseja (1) en el vómito nervioso de las mugeres preñadas las *fricciones con el estracto de belladona* practicadas del modo siguiente:

℞	Estracto de belladona...........	4 gram.	(ʒj)
	Manteca de puerco.............	24 gram.	(ʒvj)

Mézclese.

O bien:

℞	Estracto de belladona...........	4 gram.	(ʒj)
	Solucion de estracto de ratania...	C. S.	

(2) Véase *Bull. gén. de thérap.*, agosto de 1846.

Para dar á la mezcla la consistencia de un jarabe espeso.

Con una ú otra de estas mezclas, se hacen fricciones varias veces al dia en el vientre de la enferma.

Amargos. Despues de los opiados los amargos son los medicamentos que se han empleado con mas frecuencia. En dos casos de curacion recogidos por Leudet en la clínica de Louis, se habian administrado á las enfermas los amargos unidos con los opiados.

Se da el cocimiento de *cuasia amarga*, la infusion de *centaura menor*, la *quina*, el polvo de la raiz de *colombo*, á la dosis de 2 á 4 gramos (de media á un dracma) (P. Dubois), y otras sustancias análogas. Cuando se dan infusiones ó cocimientos amargos, solo se deben administrar frios y sin azúcar.

Respecto á los antiespasmódicos me limitaré á mencionarlos aquí: *castóreo*, *almizcle*, *valeriana*, *valerianato de zinc*, *éter*, *asa fétida* en lavativas, etc., etc.

Se han administrado las *bebidas gaseosas* y la *pocion de Riverio*, pero sin ningun resultado ventajoso.

Habiéndose administrado con buen éxito el *agua magnesiana* en casos de gastritis crónica con vómitos pertinaces, observados por Louis (1), se ha creido que se podia recurrir á ella en los vómitos nerviosos, aunque en dos de los casos que he visto, y en el que ha referido Vigla, de nada haya servido esta medicacion.

Chomel, que despues del cólera de 1832 ha visto mas de treinta casos de vómitos rebeldes, ha observado que los sugetos que han curado y cuyo número no pasa de tres, habian tomado *agua de Vichy* mezclada con una cuarta parte de leche.

Belloc (1) ha referido observaciones de gastralgia y de gastroenteralgia antiguas y rebeldes, con vómitos pertinaces, tratadas con buen éxito con el *carbon vegetal*. Segun este autor el mejor carbon es el que se obtiene de leña de *álamo* del modo siguiente:

Segun Belloc, es necesario servirse de leña cortada en el momento de la ascension de la savia. Entonces se ponen las ramas despojadas de su corteza en vasos bien tapados, que se

(1) *Du ramoll. de la mug. gastr.; Recher. anat. path.;* Paris, 1826.

(2) *Journ. de méd. de Bordeaux,* 1848 (*Bull. de l' Acad. de méd.;* Paris, 1849, t. XV, p. 280).



deben calentar hasta el color rojo blanco; asi se obtiene un carbon sumamente ligero, que se coloca en vasos llenos de agua durante tres ó cuatro dias, teniendo cuidado de mudar el agua muchas veces; se le hace secar y despues se pulveriza antes de que esté perfectamente seco. El mejor modo de administrarle es dándole asi en polvo húmedo con agua fresca bien pura.

Tambien se han prescrito los *vomitivos* siguiendo el antiguo axioma que el *vómito se cura por el vómito*. Esta medicacion ha aumentado la intensidad de los síntomas en un caso, y no ha producido buen efecto en otro.

Moneret (1) ha visto cesar vómitos nerviosos pertinaces en mugeres preñadas con el *subnitrato de bismuto*, á la dosis de 50 á 60 gramos (de 1 ½ á 2 onzas). En un caso de vómito nervioso en una muger no preñada, este medicamento, cuya administracion á esta dosis es dificil, fue completamente inútil.

Purgantes. Chomel aconseja *el uso combinado de los calomelanos y de un purgante resinoso* (jalapa, acibar, escamonea, etc.).

En fin, Stockler (2) ha citado dos casos de vómito durante la preñez, curados por medio del *óxido negro de mercurio* (mercurio soluble de Moscati) á la dosis de 5 centígramos (un grano) al dia. ¿Cuál seria la accion de este medicamento en los casos de que tratamos?

Los *vejigatorios*, los *sinapismos* al epigastrio y en otras partes del cuerpo, son probablemente de alguna utilidad, pero es imposible precisarla. Si existe un dolor superficial se le combate con ventaja con estos medios, como en los casos análogos. No puedo decir nada del *cauterio actual* aplicado á la region epigástrica; pues solo le he usado bajo la forma de cauterizacion trascurrente en un caso de gastritis crónica, y no tuvo ningun resultado. Segun Chomel, los cauterios comunes, en número de dos ó tres sobre el epigastrio, pueden producir algunas ventajas.

Añádase á esto que en los casos de este género, cuando la enfermedad se revela contra todos los medios, y cuando hay motivos para creer que se termina por la muerte, estamos au-

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1849.
(2) *Gaz. méd. des hôp.*, agosto de 1846.

torizados para recurrir al tratamiento perturbador. Asi pues el doctor Debout ha obtenido buen éxito ordenando al enfermo hacer un *ejercicio violento*, cuando todos saben que los vómitos son provocados por los movimientos, aunque no se trata de un vómito nervioso en el estado de vacuidad, sino mas bien en una muger preñada, hecho que no se debe perder de vista. Sin embargo, Debout no se habia limitado á aconsejar el ejercicio en carruaje, sino que habia querido que la enferma saliese sin llevar vasija alguna que pudiese recibir los vómitos, y sin su doncella, espuesta, en una palabra, al desagradable suceso de llamar la atencion en el momento en que vomitase ó que sintiese conatos al vómito. En esto habia un *tratamiento moral* unido al tratamiento físico. ¿Pero cuál ha sido la parte de uno y otro? Esperemos pues que se presenten otros hechos para resolver este punto.

El doctor Bertherand (1) ha referido un caso en que se curó el vómito por el *mareo*. Este hecho puede asemejarse al del doctor Debout. Sin embargo, la larga duracion de la enfermedad hace pensar que no se trataba en la enferma observada por Bertherand, de un vómito absolutamente semejante á aquel que he descrito en este artículo.

Mientras dura la enfermedad, es necesario prescribir las *bebidas heladas* y evitar al enfermo cuanto sea posible *toda clase de emociones morales*.

Como *alimentos* se prescribirán aquellos que pueda llevar mejor el estómago, y por consiguiente solo se les podrá descubrir despues de diversas tentativas. Cuando un alimento no se lleva bien es menester sustituirle por otro. Por lo general los caldos de pollo, de ranas, etc. son los que mejor convienen.

Para terminar lo que concierne al tratamiento de esta grave afeccion, debo añadir que llega á veces un momento en que todos los remedios molestan inútilmente al enfermo, y entonces es necesario suspenderlos todos, y no prescribir mas que agua pura ó ligeramente acidulada, en muy corta cantidad y solo para calmar la sed. Yo he visto en un caso en que esta supresion de todo medicamento y de todo alimento produjo los mas felices resultados, y al cabo de algunos dias pudo el enfermo

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 de febrero de 1850.

volver á tomar algunos alimentos ligeros y la curacion fue perfecta.

Breve resúmen del tratamiento.

Sanguijuelas, narcóticos, amargos, antiespasmódicos, bebidas gaseosas, pocion de Riverio, agua magnesiana, agua de Vichy, carbon, vomitivos, purgantes, óxido negro de mercurio, revulsivos, derivativos, tratamiento perturbador, bebidas heladas, alimentacion apropiada por lo comun muy ligera, en cierto momento supresion de todos los remedios y alimentos, y agua pura en corta cantidad.

ARTICULO XIV.

INDIGESTION.

Muy distantes estan los médicos de hallarse acordes acerca de la palabra *indigestion*, y se concibe fácilmente esta divergencia de opiniones cuando se piensa cuán frecuentes son las enfermedades en que se efectúan mal las funciones gástricas. En Francia se designa comunmente por esta palabra, la suspension accidental y pasajera del trabajo digestivo que sobreviene en el estado de salud ó de enfermedad. Pero con los nombres *apepsia*, *dispepsia*, *bradypepsia*, algunos autores han descrito otros diferentes trastornos funcionales del estómago, que han querido referirlos todos á la indigestion. Asi es por ejemplo, que Todd (1) ha incluido bajo esta última denominacion los diversos estados morbosos del estómago, que hemos dado á conocer con los nombres de *embarazo gástrico*, *gastritis*, *etc.* Este modo de considerar la cuestion es evidentemente vicioso, y no cabe duda de que en todas estas afecciones no se efectúa la digestion ó es imposible; pero no es esto lo que constituye aquellas, pues tienen otros síntomas que las caracterizan.

Otros autores han llegado á atribuir la indigestion á en-

(1) *Cyclopædia of practical medicine.*

fermedades de otros órganos, y particularmente á las de los pulmones y cerebro. Esta escesiva generalizacion no puede menos de tener inconvenientes en la práctica, por lo cual no describiré bajo el nombre de *indigestion* mas que estos fenómenos accidentales que sobreviniendo rápidamente para desaparecer del mismo modo, pueden considerarse como una enfermedad especial. Pongamos dos ejemplos para esplicar mi idea. Si en un sugeto sano, con ó sin causa conocida, se suspenden mas ó menos completamente despues de las comidas las funciones del estómago, hay indigestion; y tambien la habrá en un sugeto afectado de otra enfermedad, si habiendo tomado inoportunamente alimentos en escesiva cantidad ó en condiciones particulares, la digestion que antes era posible, se detiene repentinamente. Asi limitada la cuestion me parece que presenta una solucion á la vez mas fácil y mas práctica.

Se ha dividido la indigestion en *gástrica* y en *intestinal*, en *completa é incompleta*, y en *simple* y *complicada*. Es muy dificil cerciorarse de si es muy exacta la primera parte de esta division, pues á la verdad no tenemos buenas observaciones de indigestion. Esta es una de las enfermedades que se ven con mucha frecuencia, que las mas veces son simples, y cuyo tratamiento es generalmente muy fácil, y que por consiguiente no fija de un modo especial la atencion de los médicos. Es cierto que por lo que podemos ver diariamente hay numerosos casos en que sin aparecer vómitos, ni notables trastornos del estómago, se ve sobrevenir durante la digestion síntomas manifiestos de padecimiento de los intestinos. Tales son dolores de vientre, deyecciones alvinas abundantes, la espulsion por el ano de materias mal digeridas, etc. Por otra parte no es dudoso que se efectúan en el duodeno actos que son necesarios para el complemento de la digestion; pero si se examinan atentamente los hechos, se ve que en la mayor parte de los casos la digestion se hace mal en el estómago: despues las materias mal digeridas, acres, ácidas, pasan á los intestinos donde producen fenómenos mucho mas notables que los que habian podido ocasionar en el estómago, y estos fenómenos son solo los que llaman la atencion. Por lo tanto creo se puede incluir la indigestion entre las enfermedades del estómago, sin perjuicio de decir algunas palabras en particular de los casos en que

los desórdenes del intestino son mucho mas manifiestos que los de aquella víscera.

Respecto á la indigestion completa ó incompleta, esta division que solo está fundada en el grado de la enfermedad, no parece mucho mas importante. En primer lugar es necesario prescindir de estas indigestiones incompletas habituales, debidas á un desarreglo nervioso de las funciones del estómago que se han descrito mas arriba bajo el nombre de *digestiones laboriosas* ó *dispepsias*. Efectivamente, estos desórdenes constituyen un estado patológico, que como se ha dicho anteriormente, se acerca mas á la gastralgia. En cuanto á las indigestiones incompletas y accidentales, no se diferencian de las precedentes sino porque en un momento dado recobran el estómago y los intestinos sus funciones, sin que haya vómitos ni evacuaciones alvinas.

Por último, no creo que debo admitir la distincion de indigestion simple y de indigestion complicada. Para mí no hay mas que indigestiones simples, pues el estado de enfermedad en que se encuentran los sugetos no quitan al accidente, tal como le considero, nada de su carácter puramente nervioso. Si en un sugeto afectado de una enfermedad crónica sobreviene por una influencia cualquiera, por ejemplo, una indigestion completa, esta afeccion de ningun modo de diferencia, ni por los síntomas ni por el curso de la indigestion que se ve en sugetos bien sanos; solo las consecuencias pueden ser diferentes.

Definicion, sinonimia y frecuencia. Para nosotros la indigestion es la suspension de las funciones digestivas en un sugeto que antes digeria convenientemente. No negaré, sin embargo, que en otras muchas circunstancias no exista una verdadera indigestion; pero creo que es necesario para la práctica establecer la distincion que propongo aqui.

Ya he dicho que se habia designado á la afeccion de que tratamos con el nombre de *dispepsia*, enfermedad que se ha incluido en lo que se ha llamado *læsa alimentorum coctio*, y á la que se ha dado el nombre de *vómito*, á causa de su principal síntoma, etc.

Es inútil indicar la *mucha frecuencia* de esta afeccion, puesto que no hay persona que no sepa que se produce diariamente en las circunstancias mas variadas.

Causas. Las causas de la indigestion son muy numerosas y muy variadas. Algunas veces basta la causa mas ligera para suspender completamente la digestion, y á veces no se sabe tampoco á qué atribuir esta suspension. Por consiguiente seria demasiado largo el enumerar todas las causas que se han admitido, y por otra parte bajo el aspecto de la práctica, es infinitamente menos importante que lo que se pudiera creer buscar cierto número de estas causas. Sin embargo, vamos á indicar rápidamente las que es mas necesario conocer.

Entre las *causas predisponentes* se incluye en primer lugar la *edad avanzada*. Efectivamente, se sabe que son frecuentes las indigestiones en los hospicios de ancianos; pero por otro lado hallamos en el número de las causas predisponentes la *caida de los dientes* y la dificultad que es consiguiente para la masticacion. Esta circunstancia, que se encuentra en los ancianos, puede tener á lo menos tanta parte en la indigestion como la falta de actividad del estómago.

Los *diversos estados nerviosos*, la *debilidad* profunda por una causa cualquiera, los *escesos venéreos* y los *trabajos intelectuales* demasiado prolongados, predisponen igualmente á las indigestiones. Lo mismo sucede con las *afecciones de larga duracion* que deterioran la constitucion, y de la *convalecencia* de las enfermedades graves que dejan las funciones gástricas en un estado de debilidad muchas veces notable.

Las *causas ocasionales* son numerosas y variadas. Efectivamente, basta para producir la indigestion una *emocion viva*, la *vista* ó el *recuerdo de un objeto desagradable*, un *trabajo no acostumbrado*, sobre todo despues de las comidas, *escesos venéreos*, etc.; en una palabra, algunas de las causas que hemos incluido entre las predisponentes, y que obrando de una manera rápida y pasajera se hacen ocasionales. Se ha visto sobrevenir la indigestion á consecuencia de los cambios repentinos de temperatura, por la permanencia en un paraje demasiado caliente, etc.

En cuanto á las *materias ingeridas* apenas es necesario decir que el esceso en los alimentos ó bebidas es la principal causa de las indigestiones. Es raro que la embriaguez llevada á alto grado no vaya acompañada de los síntomas de este accidente. *Ciertos alimentos*, como el tocino, las coles, etc., la producen

mas fácilmente que las demás. Lo mismo sucede con *ciertas bebidas*, como la sidra nueva, el vino nuevo y torcido, etc. Algunas veces basta la ingestion de una *sustancia* á que el estómago *no se halla acostumbrado*, por ejemplo un helado, sobre todo durante la digestion, para suspender completamente esta funcion. Lo mismo sucede con algunos medicamentos, y con especialidad los *narcóticos*.

No creo que me debo detener sobre esta etiologia, porque es perfectamente conocida de todos, y solo añadiré que en muchas circunstancias es evidentemente necesaria una gran predisposicion para que se produzca la indigestion. ¿Quién no ha observado alguno de estos casos en que una comida moderada, tomada con placer y compuesta de sustancias de fácil digestion, ha sido seguida sin ninguna causa apreciable de una indigestion violenta? En estos casos existe evidentemente una perturbacion nerviosa cuya causa no conocemos.

Síntomas. Como han observado todos los autores, solo cierto tiempo despues de las comidas (ordinariamente algunas horas) es cuando se manifiesta la indigestion, la cual no se produce repentinamente, sino que empieza por un malestar general, una especie de abatimiento y de languidez, cuya causa no descubren siempre fácilmente los enfermos. Mas adelante se marcan mejor los síntomas. No se esperimenta un verdadero dolor en el estómago, sino un *peso* ó una *sensacion como de una barra*, un estado *de replecion penosa*, y á veces una sensacion de calor. Bien pronto aparece una *aversion á los alimentos* mas ó menos manifiesta. La idea de los alimentos se presenta con frecuencia á la imaginacion y es desagradable. Despues vienen las *náuseas*, el *hipo* y las *regurgitaciones*, algunas veces ácidas, con mas frecuencia aun fétidas, y que exhalan en particular un olor á huevos podridos.

Si se examina entonces el *epigastrio* se le encuentra tirante y mas ó menos hinchado; pero la presion ejercida sobre esta region no aumenta el dolor á no ser en algunos casos escepcionales, antes al contrario, los enfermos comprimen esta parte con el objeto de aliviarse.

La *percusion* descubre signos importantes. A veces hay mucho desarrollo de gases, y entonces se percibe el sonido timpanítico en grande estension, pues ocupa el epigastrio, el hipo-

condrio izquierdo, y puede llegar hasta el ombligo y mucho mas abajo. Las materias no digeridas dan entonces un sonido á macizo en un punto limitado, porque muchas veces basta una mediana cantidad de alimentos y de bebidas con un desprendimiento considerable de gases para producir todos los síntomas de la indigestion. Por el contrario, otras veces, y esto es lo mas frecuente, los alimentos y las bebidas se hallan acumuladas en gran cantidad, y entonces el sonido á macizo ocupa el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, y no existe el sonido timpanítico ó no se le percibe mas que en una corta estension y en el punto mas elevado de la region epigástrica.

Cuando se halla muy distendido el estómago, esta incomodidad, esta sensacion de plenitud que hemos indicado, puede trasformarse en un *verdadero dolor*, que llega algunas veces á ser muy violento. Ya hemos indicado varios casos de esta especie al tratar de la *rotura del estómago*, que es la consecuencia de una indigestion.

Al mismo tiempo que se manifiestan estos síntomas se observan otros en las demás funciones: el *pulso* se pone débil, á veces concentrado, y mas bien lento que acelerado; la *respiracion* es algunas veces difícil, principalmente cuando se halla muy distendido el estómago; algunos sugetos esperimentan *cefalalgia*, *dolores contusivos en los miembros*, etc.; se observa tambien un ligero aumento de calor en la piel, á no ser que sean muy fuertes las náuseas, porque entonces se produce el mismo enfriamiento que se manifiesta durante la accion del emético; por último, en algunos sugetos hay una congestion cerebral mas ó menos marcada, que es lo que se llama, aunque inexactamente, una *indigestion apoplética*.

Todos estos síntomas pueden terminar, como he dicho anteriormente, sin presentarse vómitos y aun sin deyecciones alvinas notables, sin embargo de que este último caso es bastante raro. Cuando han llegado los trastornos del estómago al grado que acabo de indicar, sobrevienen por lo comun, al pasar los alimentos mal digeridos al conducto intestinal, accidentes mas ó menos graves, como *borborigmos*, *deyecciones alvinas abundantes*, muchas veces con ardor en el ano, lo que anuncia la acritud de las materias espelidas, y todo entra en órden cuando se arrojan por esta via los alimentos y las bebidas mal di-

rigidas. Tal es, como ya he dicho mas arriba, la indigestion á que se ha dado el nombre de *intestinal* (1).

Por lo comun la série de los síntomas que acabamos de describír se termina por *vómitos*, y como los enfermos conocen ellos mismos que solo puede aliviarles los vómitos, es muy frecuente que los provoquen. Las *materias arrojadas por estos* son ácidas, acres, queman al pasar la garganta y despiden un olor agrio muy fuerte, que puede hallarse, sin embargo, sensiblemente modificado por la naturaleza de los alimentos que se han tomado. Estos conservan mas ó menos su aspecto en medio de las bebidas, que algunas veces se distinguen tambien fácilmente; así pues, el vino tinto no pierde su color ni su aspecto, aunque sea estraordinaria su acidez. Algunas veces los vómitos y sobre todo los primeros, son sumamente dolorosos, lo que es debido á la vez, á la contraccion repentina del estómago largo tiempo distendido y á la del diafragma; pero la contraccion del estómago es la mas dolorosa, y la prueba de ello es que en los vómitos siguientes no hay dolor ó es mucho menos intenso. Es raro que al desembarazarse por los vómitos de alimentos no digeridos, no haga el estómago pasar una parte de ellos al intestino; asi es que se siguen casi necesariamente á estos vómitos deyecciones alvinas, líquidas, abundantes y acres.

Cuando ha sido espelida la causa material de la indigestion, todo por lo regular entra en órden. No obstante se ve que sigue algunas veces á este estado violento un ligero dolor epigástrico, una leve irritacion intestinal ó aversion á los alimentos; pero estos síntomas no tardan en disiparse, y al cabo de algunas horas y algunas veces de dos ó tres dias, el enfermo se encuentra en el estado que se hallaba antes de tener su indigestion.

Curso, duracion y terminacion. El *curso* de la enfermedad es esencialmente agudo. En efecto, ya hemos visto que no deben considerarse como indigestiones las digestiones laboriosas que padecen por largo tiempo ciertos sugetos.

La *duracion* es por lo comun de algunas horas. Cuando se prolonga mas tiempo, es porque es muy dificil el vómito, ó porque no se ha tratado de promoverle.

Respecto á la *terminacion* es casi siempre feliz. Sin embar-

(1) Véase MERAT, *Dict. des Sc. méd.*, art. INDIGESTION.

go, se han citado casos en que algunos sugetos han sucumbido durante el curso de una indigestion; semejante terminacion se ha observado principalmente en sugetos cuya constitucion estaba deteriorada por una enfermedad crónica, y en los convalecientes. ¿Puede causar la muerte el obstáculo que la dilatacion del estómago opone á la respiracion repeliendo al diafragma y á los pulmones? Esta opinion de Piorry no está fundada en hechos. Cuando llega la indigestion á su mas alto grado, hay desórdenes generales que dependen de cualquiera otra cosa mas bien que de un obstáculo mecánico, y que no se deben descuidar.

Lesiones anatómicas. Nada de importante se ha sacado de la abertura de los cadáveres. La dilatacion del estómago, una gran cantidad de materias líquidas y sólidas acumuladas en este órgano, alguna inyeccion de su mucosa y de la del intestino, la distension por la sangre del sistema circulatorio, tales son las alteraciones mas dignas de notarse.

Diagnóstico y pronóstico. De todas las enfermedades del estómago de que hemos hecho mencion anteriormente, no hay ni una sola con la que sea útil comparar la indigestion bajo el punto de vista del diagnóstico; pero por el contrario, entre las que aun nos quedan por estudiar, hay algunas que merecen llamar nuestra atencion, porque se pudieran confundir fácilmente con una indigestion.

La primera de todas es el *cólera morbo esporádico;* pero creo debo diferir este diagnóstico diferencial hasta que haya descrito esta enfermedad. Sigue despues la *estrangulacion interna;* pero esta afeccion se diferencia mucho de la que tratamos por el dolor violento limitado á un punto del abdomen, por la falta de evacuaciones ventrales, por la naturaleza de los vómitos, que no consisten mas que en la espulsion de una corta cantidad de materias y algunas veces fecales, siendo asi que en la indigestion se espelen mayor ó menor cantidad de alimentos y de bebidas sin digerir; por último, en que no se encuentra alivio despues de vomitar, signo distintivo muy importante, siendo asi que en la indigestion es muy manifiesto.

Se ha creido que se podria equivocar el *cólico hepático* con una simple indigestion; pero son tan diferentes los fenómenos, que este diagnóstico no tiene al parecer una verdadera impor-

tancia; por lo demás ya volveré á hablar de él cuando trate de las enfermedades del hígado.

¿Podrá confundirse la *indigestion* llamada *apoplética* con una *congestion cerebral* y aun con una *apoplejía?* Es preciso convenir que los casos en que asi sucede son por lo menos muy raros; además las circunstancias en que este accidente se presenta, es decir, á consecuencia de una comida abundante ó de la ingestion de alimentos indigestos, etc., y el estado del epigastrio que se podrá reconocer por la percusion, bastarán para desvanecer todas las dudas.

Queda en fin el *envenenamiento*, y este es uno de los puntos mas difíciles del diagnóstico de la indigestion. Si no se pueden admitir noticias que nos pongan en camino, es raro que en un principio no se tome el envenenamiento por una simple indigestion; pero los fenómenos que siguen no tardan en probar que hay alguna cosa mas. Los vómitos producen muy poco ó ningun alivio; persisten y se hacen las mas veces muy frecuentes, de suerte que la mas pequeña cantidad del líquido ingerido es arrojada inmediatamente. No es esto lo que se observa en la indigestion, en la que despues de cierto número de vómitos, es muy notable el alivio, se toman los líquidos con placer y se retienen fácilmente en el estómago. Sin embargo, no puedo presentar aqui mas que un diagnóstico general, porque no me es posible entrar en pormenores sino considerando cada envenenamiento en particular, y esto es lo que haré en el artículo dedicado á los diversos envenamientos.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.º *Signos distintivos de la indigestion y de la estrangulacion interna.*

INDIGESTION.	ESTRANGULACION INTERNA.
Dolor ó simple sensacion de peso en el *epigastrio*.	Dolor vivo ya espontáneo ya á la presion, *limitado á otro punto del abdomen*.

Vómitos *abundantes de materias mal digeridas*, ó deposiciones alvinas *líquidas y abundantes.*	Vómitos *mucosos, biliosos ó de materias fecales,* frecuentes y poco abundantes. *No hay deposiciones alvinas.*
Alivio notable despues de uno ó muchos vómitos.	No hay *alivio* despues de vomitar.

2.° *Signos distintivos de la congestion cerebral y de la indigestion apoplética* (apoplejía gástrica.)

INDIGESTION APOPLÉTICA.	CONGESTION CEREBRAL.
Por lo comun *sobreviene* despues de una comida abundante.	*Sobreviene* en otras circunstancias.
Tension, prominencia y sonido á macizo en grande estension del *epigastrio.*	*Epigastrio* en el estado normal.

3.° *Signos distintivos de la indigestion y de ciertos envenenamientos considerados en general.*

INDIGESTION.	ENVENENAMIENTOS.
Grande alivio despues de los vómitos.	*Poco ó ningun alivio* despues de vomitar.
Se retienen fácilmente las *bebidas* despues de los vómitos.	Las mas veces hay una irritacion gástrica que hace arrojar la mas pequeña cantidad de *bebidas.*

Repito pues que se completarán estos diversos diagnósticos al tratar de las enfermedades que se pueden tomar por una simple indigestion.

Pronóstico. En el mayor número de casos se termina la indigestion pronta y favorablemente. Sin embargo, ya hemos visto en el artículo *Rotura del estómago*, cuán terribles accidentes podian seguirse. Por lo tanto si el estado de ansiedad fuese estremado y se prolongase escesivamente, se deberia temer por la vida del enfermo. La indigestion llamada apoplética es mucho mas grave que la indigestion comun. Por último, es necesario añadir que la gravedad de la indigestion depende mucho del estado en que se encontraban los enfermos en el momento en que sobreviene. Todos saben el peligro que puede

tener en la convalecencia de las enfermedades graves, y quizás se habrá exagerado algo, pero no por eso deja de haberle, y tambien es manifiesto durante las enfermedades crónicas que han alterado profundamente la constitucion.

Tratamiento. El tratamiento de la indigestion es muy sencillo y no exige que nos detengamos mucho en él. Si hay un estorbo en la region epigástrica con regurgitaciones ácidas ó nidorosas, basta para hacer cesar prontamente todos los síntomas, provocar los vómitos *introduciendo los dedos en la faringe ó titilando la campanilla* con las barbas de una pluma. En estos casos se facilitan los vómitos tomando *algunos vasos de agua tibia.*

Si los síntomas son mas graves, si el malestar es muy considerable, la ansiedad muy grande y los esfuerzos para vomitar son inútiles, llenarán prontamente esta indicacion la administracion del *tártaro estibiado* á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) ó de la *ipecacuana* á la de 1 á 2 gramos (20 granos á media dracma).

Si á pesar de estos medios persisten los accidentes, si es escesivo el dolor, si el epigastrio está tirante, y si se halla en su colmo la ansiedad, es preciso no olvidar que se puede verificar la rotura del estómago, y no se debe titubear en usar la *bomba estomacal* ó *una geringa con una larga cánula elástica* (1).

Cuando se presentan los dolores de vientre y las deyecciones alvinas se calman con *lavativas laudanizadas*, *cataplasmas rociadas con láudano* sobre el abdomen, simples lavativas de cocimiento de *malvabisco*, de *cabezas de adormideras*, etc.; pero no conviene recurrir á estos medios sino cuando son intensos y persistentes los síntomas intestinales.

Considerada en general la *sangría* se la ha desterrado justamente del tratamiento de la indigestion; sin embargo hay casos en que es útil, y son aquellos en que toman la forma designada con el nombre de *apoplegía gástrica.* Pero entonces se combaten accidentes particulares que tienen su propio peligro, y cuyo tratamiento se espondrá detalladamente en la descripcion de las enfermedades cerebrales. Gaultier de Glaubry (2) y

(1) Véase el art. *Rotura del estómago*, p. 108.

(2) *Observations sur l' util. de la saignée dans certains cas. d' indig.* (*Rec. de la Soc. de méd.*, t. XIII).

Chauffart (1) han citado hechos en que han producido evidentes ventajas las emisiones sanguíneas.

Si en vez de presentar accidentes tan marcados no se manifestase la indigestion mas que por ligeros trastornos, bastarán para restablecer la integridad de las funciones gástricas las infusiones de *té*, de *manzanilla* y de *hojas de naranjo*.

APENDICE.

POLIDIPSIA.

Al hacer la descripcion de las diversas enfermedades del estómago, he hablado muchas veces del esceso de apetito; de ese estado en que los enfermos se ven tan acosados por el hambre, que muchas veces devoran con avidez sustancias que no son alimenticias, que es á lo que se ha dado el nombre de *polifagia*. Este estado que se debe distinguir de la *pica* y de la *malacia*, y que se diferencia de la simple *bulimia* en que esta no es un estado morboso permanente, sino simplemente un síntoma pasajero de una afeccion nerviosa del estómago, no puede considerarse propiamente hablando como una verdadera enfermedad. Realmente no constituye una afeccion sino cuando hay una *dilatacion considerable del estómago* ó una lesion de este órgano por las sustancias y los *cuerpos estraños* que se han introducido en él. Ya hemos hablado de la dilatacion del estómago, y hemos dicho alguna cosa de los cuerpos estraños como causa de las diversas afecciones, que es todo lo que importaba saber respecto de la polifagia.

Pero todavía hay otra afeccion que interesa mas estudiar; es verdad que apenas consiste mas que en un solo síntoma, pero este síntoma constituye evidentemente una enfermedad que no se puede referir á ninguno de los estados morbosos anteriormente descritos, cual es la *polidipsia*. Esta afeccion, que ha sido el objeto de un gran número de disertaciones y de artículos particulares, ha fijado recientemente la atencion del doctor Lacombe (2), quien ha reunido casi todas las observaciones

(1) *Ouvres de méd. pratique*, Paris, 1848, t. I, p. 469.

(2) *De la polydipsie.*; Paris, 1840.



interesantes que de esta enfermedad posee la ciencia. Por lo tanto este escrito es el que nos servirá de guia para trazar la descripcion de esta enfermedad, sobre la cual no entraré en muchos pormenores, porque como se verá mas adelante, la terapéutica tiene muy pocos recursos contra ella, y escepto el inconveniente de una sed indistinguible, no presenta síntomas verdaderamente graves.

Al colocarla á continuacion de las afecciones del estómago, no pretendo seguramente darle su asiento esclusivo en este órgano; pues sé que se la debe considerar mas bien como un estado nervioso particular que depende quizás de otra cosa que de una lesion funcional del estómago. Pero como nos hallamos todavía en una gran incertidumbre sobre este punto, he creido que no habria inconveniente en describir aqui esta afeccion.

Definicion, *sinonimia y frecuencia.* La *polidipsia* está caracterizada por una sed escesiva, por la ingestion de una cantidad á veces enorme de bebidas, una emision proporcionada de orina acuosa, y por la persistencia de la enfermedad sin alteracion notable de la salud. La polidipsia, dice Lacombe, es para las bebidas lo que la bulimia ó la polifagia para los alimentos.

Cuando se leen los autores con atencion, se ve que han confundido frecuentemente la polidipsia con la diabetes; pero muchos la conocieron perfectamente y la han distinguido con los nombres de *diabetes insípida*, *sed inestinguible*, *hidromanía*, *diuresis*, *hidruria*, *poliuria*, *etc.*

Esta afeccion *no es frecuente*, porque á pesar de que Lacombe ha hecho numerosas investigaciones sobre este punto, solo ha podido reunir veintisiete observaciones.

Causas. Tampoco tenemos nada de positivo que decir acerca de las causas de la *polidipsia*. Segun Lacombe, el *temperamento linfático* y *nervioso* y la *constitucion escrofulosa* predisponen al parecer á esta afeccion; pero es de sentir que este autor no haya fundado su opinion en hechos precisos.

Entre las *causas predisponentes* incluye tambien el *origen hereditario*. Es cierto que cinco enfermos que fueron preguntados sobre este punto respondieron negativamente; pero otro (Obs. IV) le refirió, y su dicho fue confirmado por dos de sus parientes, que su madre habia sido atacada de polidipsia, que tuvo tres hijos que padecieron esta afeccion, que un hermano

de su madre esperimentaba igualmente una sed inestinguible, y habia dejado al morir en una edad avanzada, cuatro hijos, de los cuales dos padecian esta misma enfermedad. Este hecho es sin duda muy notable, pero es el único.

¿Seria mas frecuentemente atacado de polidipsia un *sexo* que otro? De veintisiete casos citados por Lacombe se encuentran diez y seis hombres y once mugeres; por consiguiente la diferencia es bien poco considerable para poder sacar una deduccion exacta. Otro tanto podriamos decir de la influencia de la *edad*, del *clima*, del *género de vida*, cuestiones que no se han estudiado convenientemente, lo mismo que la insuficiencia ó la mala calidad de los *alimentos*.

Todavía son mas oscuras las *causas ocasionales*. Se ha citado *el abuso de los placeres venéreos* (José Frank), las *causas debilitantes*, los *estravíos de régimen*, los *alimentos irritantes*, la *insolacion*, las *vigilias prolongadas*, las *evacuaciones alvinas copiosas* y los *gritos prolongados* (1). Sydenham (2) y Cullen (3) pretendieron haber visto casos de esta afeccion que se presentaron á consecuencia de las *calenturas intermitentes*, en el *histérico*, despues de *sangrías abundantes* y de *purgantes repetidos*, en el *reumatismo, etc.* Pero en la mayor parte de los casos se ha confundido evidentemente una exageracion momentánea de la sed con la verdadera polidipsia. Tal vez algun dia, investigaciones mas rigurosas vendrán á suministrar algunas bases sólidas á esta etiologia tan incierta.

Síntomas. Lo que mas impresion hace y absorve casi del todo la atencion de los enfermos, es una *sed* devoradora, inestinguible, que se necesita aliviar á cada instante, y á veces es tal, que se ha visto á algunos enfermos beber con avidez su propia orina á falta de otros líquidos. Ni aun el sueño produce una remision en este síntoma, pues los enfermos despiertan con frecuencia (algunas veces cada dos horas) para obedecer á esta necesidad imperiosa. Los autores estan conformes en que varía poco la sed por las estaciones, y en que no parece ser mas ni menos intensa durante los frios mas rigurosos que en los calores escesivos. La cantidad de bebidas que

(1) *Dict. des Sc. méd.*, art. Soif.
(2) *Méd. prat.*, p. 307 y 621.
(3) *Eléments de méd.*, t. II, cap. XII, p. 444.

toman algunos enfermos es sorprendente, y tanto que un niño de cinco años bebia doce botellas de agua en veinticuatro horas. Un sugeto citado por el doctor Boissat, cuya observacion recogió con el mayor cuidado en la clínica de Dupuytren (1), necesitaba nada menos que una carga de agua cada noche para satisfacer su sed, y se bebia una azumbre de un trago; tambien se ha visto á algunos enfermos no dejar de beber del caño de una fuente, etc., etc.

Las *bebidas ácidas*, algo agrias y la tisana vinosa, son las que prefieren los enfermos, porque ninguna calma como ellas la sed. A pesar de haber un desórden tan notable, la *salud general* es por lo comun bastante satisfactoria, á escepcion de alguna pérdida de carnes. La observacion ha demostrado que se hace bien la digestion, y que el *apetito* se halla mas bien aumentado que disminuido, sin ser no obstante tan exagerado como la sed. La mayor parte de los enfermos eligen alimentos vegetales, pero algunos no tienen preferencia por ninguna especie de ellos.

Sienten una sensacion de *sequedad en la lengua y en la faringe*, pero sin tumefaccion, sin rubicundez, ni dolor local. La *boca* está *pastosa*, la *saliva* es *escasa* y espesa; al mismo tiempo hay una incomodidad en el estómago que se asemeja á la que produce el hambre escesiva, y Lacombe ha notado una sensacion de frio en el mismo órgano inmediatamente despues de beber. Hay un fenómeno que merece se indague si existe, y que es consecuencia natural de la ingestion de tan considerable cantidad de líquidos: hablo de la *emision frecuente de la orina*. Los enfermos pueden orinar aun mas que en la diabetes, pero en los casos de que tratamos está en proporcion de la cantidad de líquido bebido y tienen una composicion particular. La orina es clara, muy trasparente, con poco ó ningun color, y se parece mucho al agua; por lo demás varía segun las horas en que se ha espelido y la cantidad de líquido tomado por el enfermo, no tiene sedimento, es ligeramente ácida ó neutra, y no precipita por el calor, ni por el ácido nítrico, ni por el amoníaco. Su peso específico varía generalmente segun la cantidad que se espele. Rayer (2) le considera por término medio en tres casos de polidipsia, de 1001, 1007, 1009.

(1) *Journal gén. de méd*, t. LXXX, p. 164; Paris, 1822.
(2) *Traité des mal. des reins*; Paris, 1839, t. 1, p. 75.

El doctor Fallot de Namur (1) ha citado un caso en el que la cantidad de bebidas que tomaba el enfermo era de cuarenta y ocho cuartillos, y cincuenta la de orina, la cual era muy densa y se parecia al agua; pero era ácida, y adquiria por el contacto del aire un olor á mohoso que llegaba á ser muy desagradable.

Las funciones de los aparatos *respiratorio* y *circulatorio* presentan todavía menos trastornos que las del conducto digestivo, y las mas veces se hallan en el estado fisiológico. El pulso no ofrece nada de particular, la piel está las mas veces seca y algunas veces rugosa; en fin, sienten frio, ya cuando tienen sed, ya despues de haber bebido, y en este caso se le nota principalmente en la region epigástrica.

Curso, duracion y terminacion. Segun Lacombe va aumentando la polidipsia en los niños hasta despues de la pubertad, luego permanece estacionaria, y cuando los sugetos tienen una edad mas avanzada, su desarrollo es tan rápido que en algunos dias adquiere toda su intensidad. Tambien se ha observado la forma intermitente en esta enfermedad, de lo cual Jorge Maxwell (2), Tomás Bartholino (3) y Klein han referido cada uno un caso; pero esta forma es rara. La mas comun es que la polidipsia quede estacionaria. Es preciso no olvidar un hecho muy curioso y dificil de preveer, que en muchos casos en vez de aumentar la sed como era de esperar, ha disminuido notablemente. Terminada la enfermedad intercurrente, la polidipsia recobraba toda su intensidad.

La polidipsia puede durar un gran número de años y aun toda la vida: su *duracion* es indeterminada, la curacion es solo efímera, y las recidivas frecuentes. Apresurémonos, sin embargo, á decir que parece que nunca ha ocasionado la muerte, que solo tiene á los sugetos en un estado de debilidad contínua, y que cuando empieza en la infancia ó durante la pubertad puede, como Grisolle (4) ha visto un ejemplo de ello, retardar el desarrollo regular del cuerpo.

Diagnóstico. La *diabetes sacarina* es la única enfermedad

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, noviembre de 1844.
(2) *Facts and med. obs.*, t. II, p. 78.
(3) *Coll. académique, partie étrangère*, t. VII.
(4) *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 769.

con que seria perjudicial confundir la polidipsia, y ahora vamos á investigar los síntomas característicos que diferencian estas dos afecciones.

Con frecuencia empieza la polidipsia en la infancia; la diabetes, por el contrario, es comparativamente muy rara en esta edad, pues ordinariamente se declara de veinticinco á treinta y cinco años. En la polidipsia no se halla alterada la accion de los órganos genitales, y por lo comun no disminuyen las carnes; en la diabetes hay debilidad y bien pronto pérdida de las fuerzas generatrices, un enflaquecimiento que aumenta gradualmente, y una debilidad mucho mas considerable que en la polidipsia.

Desde el principio de la enfermedad los diabéticos se quejan de un hambre violenta que aumenta y persiste durante muchos años; tienen una predileccion marcada por el régimen animal, al paso que en la polidipsia hemos encontrado todo lo opuesto.

La sed, tan viva en ambas enfermedades, es quizás mas insaciable en la polidipsia, y en cuanto á la cantidad de orina tan considerable en los dos casos, está generalmente en la polidipsia en relacion con la cantidad de los líquidos ingeridos, siendo asi que la escede en la diabetes.

Por último, las cualidades físicas y químicas de la orina presentan escelentes caracteres para diferenciar las dos afecciones, pero me reservo tratar de ellas detalladamente en el artículo que dedicaré á la diabetes.

Pronóstico. Ya he dicho que no habia en la ciencia ejemplos de muerte ocasionada por la polidipsia; pero aunque sea una incomodidad mas bien que una enfermedad, como hace observar Lacombe en muchos puntos de su memoria, no por eso es menos perniciosa en razon al estado morboso que mantiene, á su persistencia y á la impotencia del arte.

Tratamiento. Resulta de los diferentes hechos reunidos por Lacombe, que es muy incierto el tratamiento de la polidipsia. Algunas veces se ha llegado á disminuir momentáneamente la sed, pero jamás se ha conseguido hacerla cesar completamente y para siempre. La disminucion ha sido tambien en casi todos los casos de muy corta duracion; por consiguiente seria inútil entrar en estensos pormenores con este motivo, y se comprenderá fácilmente que basta indicar los principales medios

usados hasta aqui, y dejar al médico el cuidado de hacer su aplicacion á cada caso particular.

Entre las sustancias que mas se han usado, es preciso citar el *opio*, la *valeriana* y los *antiespasmódicos*. En muchas observaciones recogidas en la clínica de Rayer, el opio y la valeriana no han producido efectos constantes. Sin embargo, en un sugeto estas sustancias y especialmente la valeriana, han logrado disminuir notablemente la sed, pero solo por una temporada. Estos medicamentos no se han prescrito á muy altas dosis, porque en el sugeto de que se trata se dió el opio á la dosis de 10 centígramos (2 granos) de estracto, y la valeriana á la de 75 centígramos (15 granos) en polvo.

Entre los antiespasmódicos, Muhrbeck (1) ha usado principalmente el *alcanfor*, el *castoreo* y la *asa fétida*; y Rayer (2) ha observado un caso en el que fue muy eficaz el alcanfor. Se trataba de una muger de treinta y cinco á cuarenta años que se bebia hasta cuarenta cuartillos de agua por la noche, en la que el uso del alcanfor redujo la sed al estado normal. Mientras esta muger continuó tomando el *alcanfor*, la fue bien, pero poco tiempo despues que cesó, se reprodujo la enfermedad. Rayer administraba este medicamento á las dosis de 60 centígramos (12 granos) en píldoras.

Tambien se han empleado por Guillot y Michon con algun resultado los *ferruginosos* y los *tónicos*; el primero ha asociado las preparaciones ferruginosas á la *quina*, al *vino de Bagnols* y al *tanino;* y el segundo los ha asociado á la valeriana y al *hielo* interior y esteriormente.

Segun Lacombe, el doctor Graves trata la polidipsia del modo siguiente: da el *polvo de Dower* á la dosis de treinta, sesenta y aun ciento cincuenta granos al dia; hace tomar una infusion de *cuasia*, y prescribe las bebidas aciduladas, un *régimen animal* y los *baños calientes*. Este médico mira al opio como remedio dañoso, mas los hechos que conocemos prueban que esta opinion no está enteramente fundada.

El doctor Fleury (3) ha tratado con buen éxito un caso de polidipsia grave, que se habia resistido á los sudoríficos y

(1) *Hufeland's Journ.*, mayo de 1820.
(2) *Annales de thérap.*, abril de 1848.
(3) *Arch. gén. de méd* 4.ª serie, 1843, t. XVII, p. 69.

á los purgantes, por medio de los *calomelanos* dados hasta producir la salivacion, y prescritos segun la fórmula siguiente:

℞	Julepe gomoso...........	180 gram.	(℥vj)
	Calomelanos.............	30 centígram.	(6 ℈)

Mézclese. Se toma en muchas veces en las veinticuatro horas. En los dias siguientes se elevó la dosis de los calomelanos hasta 60 centígramos (12 granos). Bien pronto sobrevino la *salivacion mercurial*, que fue tratada por el método ordinario, y cuando aquella cedió, la sed volvió á ser casi normal.

¿Habrá sido duradera esta curacion?

Termino añadiendo que tambien se han prescrito el *cobre amoniacal*, las *fricciones mercuriales*, la *tintura de cantáridas*, los *purgantes drásticos* (1) y hasta las *emisiones sanguíneas*. No insistiré mas, repito, sobre todos estos medios, porque solo tienen una utilidad controvertible, y nada nos ha enseñado la esperiencia sobre este particular.

Esto es cuanto teniamos que decir cerca de las enfermedades del estómago. Si se reflexiona en la frecuencia y en la importancia de estas enfermedades, si se recuerda que á cada instante es llamado el médico para reconocer si existen y combatir sus síntomas, habrá que convenir en que no me he estendido demasiado sobre esta materia. Semejantes afecciones constituyen una de las partes mas interesantes de la patologia, y principalmente en el estado actual de la ciencia no podian ser tratados á la ligera, mucho mas cuando hace algunos años no se hablaba de otra cosa que de las afecciones inflamatorias del estómago. Los trabajos publicados en esta última época han propagado una multitud de ideas erróneas, é introducido la mayor confusion en la descripcion de las enfermedades gástricas. Discutir las opiniones, reducir las ideas teóricas á su justo valor, esponer de un modo preciso los resultados de la observacion, tal es la tarea que he debido imponerme. Si como espero, se cree que los artículos contenidos en el capítulo precedente, simplifican el estudio de las afecciones gástricas y es-

(1) Marchal, *Quelques considerations sur la soif*; Tesis, Paris, 1815.

tablecen diferencias entre enfermedades con demasiada frecuencia confundidas, creeré haber presentado á mis lectores una de las partes mas útiles de esta obra.

Pasemos ahora á las enfermedades que tienen su asiento á la vez en el estómago y en los intestinos.

CAPITULO V.

ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO Y DE LOS INTESTINOS.

Aun existe el error comun de creer que el estómago y los intestinos estan con frecuencia afectados *simultáneamente* de enfermedades primitivas, error que ha propagado la *escuela fisiológica*, insistiendo como lo ha hecho sobre la frecuencia y gravedad de la gastroenteritis; pero la observacion se ha encargado de rectificarle, y en el dia conocemos suficientemente los hechos para poder combatirle. Al principio de muchas enfermedades agudas se observan simples desórdenes funcionales, que se han tomado por lesiones orgánicas, y sin tratar de comprobar ideas concebidas antes, se ha establecido una teoría, que presentada de un modo seductor ha subyugado los espíritus. Asi es como se ha visto y se ha hecho ver á los demás una gastroenteritis en la calentura tifoidea, en ciertas calenturas intermitentes y en la mayor parte de las enfermedades agudas con movimiento febril intenso. Pero la autopsia que ha demostrado la integridad del estómago y muchas tambien la de los intestinos; el estudio atento de los síntomas, que en los casos en que se han manifestado lesiones inflamatorias ha demostrado que eran solo secundarias, y el exámen de los demás órganos, que ha dado á conocer el verdadero orígen de las enfermedades, no ha tardado en disipar estas ilusiones. Asi pues, en el estado de nuestros conocimientos no debemos admitir como enfermedades que ocupan á la vez el estómago y los intestinos, sino algunas *gastroenteritis* raras, la *gastroenteralgia*, el *cólera morbo esporádico* y el *cólera morbo epidémico*, afecciones de que nos ocuparemos en este capítulo.

ARTICULO I.

GASTROENTERITIS.

La gastroenteritis, como he dicho anteriormente, ha desempeñado un papel muy importante hace algunos años, al paso que en la actualidad hay médicos que hasta niegan su existencia. Su poca frecuencia, su estado de simplicidad, motiva hasta cierto punto este modo de ver. Sin embargo, reuniendo las observaciones de gastritis destinadas para servir de base á uno de los artículos precedentes, he encontrado dos casos en los que presentándose los síntomas de inflamacion al mismo tiempo en el estómago y en los intestinos, no han dejado duda acerca de la existencia de esta afeccion, de la cual tambien se pueden ver en los autores algunos ejemplos parecidos. No es menos cierto que tambien son defectuosas las descripciones que nos han dejado los autores, porque se refieren á enfermedades que no estan limitadas al estómago ó á los intestinos, ó que solo atacan á estos órganos secundariamente.

Gastroenteritis aguda. En el dia no se considera ya á la calentura tifoidea como una gastroenteritis aguda; hasta el mismo Roche (1) ha abandonado esta opinion, pues un médico tan juicioso no podia menos de ceder á las numerosas pruebas que en estos últimos años ha suministrado una observacion atenta (2); pero en la época en que escribió Broussais se puede decir que dominó la patologia y la terapéutica, y como pudiera haber algunos médicos que no estuvieran todavía bastante desengañados, conviene manifestar que nadie sostiene ya esta opinion ni aun sus mismos propagadores. Sin embargo, se está lejos de hallarse de acuerdo acerca de los límites que se deben asignar á la gastroenteritis. Siendo Roche, á quien acabo de citar, el que recientemente ha estendido el dominio de esta afeccion, vamos á ver lo que entiende por la palabra *gastroenteritis*.

(1) *Nuevos elementos de patologia médico-quirúrgica*, t. I, Madrid.
(2) LOUIS, *Rech. sur la malad. connue sous le noms de gastro-entérite,* etc., Paris, 1829, 2 v. en 8.°

Segun este autor, es preciso distinguir tres formas principales de esta enfermedad: 1.° la *gastroenteritis simple*; 2.° la *gastroenteritis gelatiniforme*, y 3.° la *gastroenteritis seudomembranosa*, formas que cada una se subdivide en aguda y crónica.

Me parece que al presente se debe desechar la segunda; pues aunque se ha hablado algunas veces del reblandecimiento intestinal que coincide con el del estómago, lo cierto es que las descripciones se refieren solo á este último, que es el único cuya existencia es un hecho adquirido para la ciencia, con las restricciones que he creido debia hacer en su descripcion (1). Sucede además que ciertos autores citados por Roche no reconocen el reblandecimiento intestinal, puesto que en su modo de ver esta lesion es debida únicamente á la accion del jugo gástrico sobre el estómago, y no habria pues un interés real en admitir y describir semejante forma de la gastroenteritis.

En cuanto á la seudomembranosa, solo se halla caracterizada, segun el mismo Roche, por la espulsion de falsas membranas por las cámaras, y apenas son perceptibles los síntomas gástricos. Por consiguiente, no se puede dar á esta enfermedad el nombre de *gastroenteritis*, y será mejor hablar de ella al tratar de las enfermedades de los intestinos.

Por lo tanto, no hay en nuestra opinion otra gastroenteritis que la inflamacion simple y simultánea del estómago y del intestino; pero ya volvemos á tocar las opiniones de la escuela fisiológica, de las cuales es necesario decir dos palabras, y para lo cual tomo por base la obra de Roche, que es la mas moderna. Segun este autor hay seis formas ó especies de gastroenteritis simple aguda; la primera no es mas que la enfermedad conocida con los nombres de *calentura inflamatoria*, *sínoca* ó *efímera;* la segunda se refiere á la *calentura* llamada *gástrica*, *mesentérica*, *biliosa*, *etc.;* la tercera corresponde á la *calentura lenta nerviosa*, *mucosa*, *adenomeningea;* la cuarta es solo el *cólera esporádico;* en la quinta hace entrar Roche una afeccion que se designaba en otro tiempo con los nombres de *embarazo intestinal simple* y de *embarazo intestinal bilioso;* y por último, en la sesta encontramos la enfermedad designada con los nombre de *calentura maligna*, *nerviosa*, *cerebral* ó *atáxica*.

(1) Véase *Reblandecimiento gelatiniforme del estómago*, p. 108.

Basta echar una ojeada sobre esta nomenclatura para ver que tratando de poner aparte la fiebre tifoidea, Roche y los médicos que adoptan su opinion, se han visto retenidos por su antiguo modo de ver, y no han podido menos en su descripcion de la gastroenteritis de dejar un lugar á las diversas formas de la afeccion tifoidea. Esta es una cuestion importante que merece nos detengamos en ella.

Sin duda existen cierto número de calenturas cuya naturaleza es dificil de apreciar: tal es en particular la calentura efímera que hay con frecuencia ocasion de observar en los hospitales, la cual se anuncia á veces con síntomas tan alarmantes, y que es tan dificil de localizar en el estómago y en los intestinos como en cualquiera otra parte. Esta *calentura efímera*, *pasmo*, etc., merece llamar la atencion del médico y describirla; pero no se ve qué razon haya para hacer de ella una gastroenteritis. Los ligeros desórdenes digestivos que hay en semejante caso, son simplemente efecto de la calentura, y no se debe ver en ellos el origen de todos los demás síntomas. En cuanto á la segunda forma, *calentura biliosa ó meningogástrica*, es evidente en la actualidad que se han descrito con este nombre unas veces simples embarazos gástricos, y otras verdaderas calenturas tifoideas leves. En semejante caso la inapetencia y algunos vómitos al principio no prueban seguramente mejor la inflamacion del estómago que otros trastornos digestivos mas graves en otras enfermedades, como por ejemplo, en la pulmonía incipiente.

La tercera forma es «para muchos médicos contemporáneos dice Roche (1), una calentura tifoidea ligera, lo que es evidentemente un error.»

Es absolutamente imposible aceptar semejante opinion, que carece de todo fundamento, cuando tenemos observaciones exactas que demuestran hasta la evidencia que hay realmente en semejante caso una calentura tifoidea. Efectivamente, ¿no venia la autopsia á demostrar que las lesiones anatómicas en los sugetos que han sucumbido á consecuencia de esta pretendida especie de gastroenteritis eran exactamente las de la calentura tifoidea?

¿Se debe incluir entre la gastroenteritis *el cólera esporádico*,

(1) *Lug. cit.*, p. 494.

que es segun Roche la cuarta forma? Hé aqui lo que no está de ningun modo demostrado; pero como en uno de los artículos siguientes describiré esta afeccion, no insistire aqui sobre este punto, porque tendré que volver á hablar de esta cuestion al tratar de las lesiones anatómicas del *cólera europeo*.

La quinta forma seria quizás la única que se podria admitir, mas para eso es preciso reconocer que la descripcion dada por Roche es muy vaga, y no se aplica á ningun estado determinado. En cuanto á la sexta, es una calentura tifoidea tan caracterizada, que debe sorprender ver que este autor la conserva despues de la manifestacion que hace al principio de su artículo. Nunca se verá que una simple gastroenteritis dé lugar á los fenómenos de la *calentura maligna ó atáxica*.

Repito que eran necesarias estas esplicaciones, porque conviene establecer una distincion precisa entre los diversos estados morbosos si se quiere llegar á obtener resultados terapéuticos satisfactorios.

Por último, no admito otra gastroenteritis que la que he indicado mas arriba, y da lugar á los síntomas siguientes: como fenómenos gástricos, á la *anorexia*, *náuseas*, *vómitos biliosos* mas ó menos repetidos, *dolor epigástrico*; y como intestinales, algunos *retortijones de tripas*, *diarrea*, *dolores de vientre*; y en fin, *como síntomas generales*, una ligera *aceleracion del pulso*, algo de *calor*, y á veces *cefalalgia*.

Esta breve descripcion basta para demostrar que no es la gastroenteritis otra cosa que la reunion de los síntomas de la gastritis espuestos mas arriba, y los de la gastroenteritis que describiré mas adelante. No cabe duda que hay mucha diferencia entre este modo de considerarla y el que se ha tenido hace algunos años, pero la observacion no permite otra cosa.

Por lo demás, esta afeccion es tan *rara* que se la observa menos que á la gastritis simple, que mas arriba dijimos que era poco frecuente; y si se ha creido hallarla á menudo, es porque cayendo en un esceso opuesto al de los autores antiguos, que no hacian aprecio mas que del estado febril comun á tantas enfermedades, solo se ha querido atender á algunos trastornos funcionales del estómago y del intestino igualmente comunes á afecciones muy diferentes.

En vista de lo que precede seria inútil insistir mas sobre

esta enfermedad, y me limitaré á decir, respecto á las *causas* que en uno de los casos cuya observacion tengo á la vista, habia *lombrices intestinales*, y en cuanto al *curso de la enfermedad* que *dura poco* no tiene notables exacerbaciones.

Un hecho que he observado el año pasado (1) cuando apareció el cólera en Paris, prueba que la gastroenteritis puede tomar un carácter particular bajo la influencia de una epidemia. Se trataba de una jóven que esperimentando hacia algunos dias los síntomas de una gastroenteritis, no hizo ningun caso. Bien pronto el enfriamiento, la cianosis, el hundimiento de los ojos, y la abundancia de las evacuaciones dieron á la afeccion el aspecto del cólera, y sin embargo los dolores epigástricos y la naturaleza biliosa de los vómitos hacia que conservase los caractéres de una gastroenteritis: era pues como he hecho notar una *gastroenteritis coleriforme.*

Bien se pudiera creer que una inflamacion que ocupa tanta estension de las vias digestivas debe tener síntomas mucho mas graves que la que afecta solo una parte menor, como por ejemplo, la gastritis; pero no tenemos hechos que prueben que suceda asi, pues en las pocas observaciones que se encuentran de gastroenteritis bien caracterizadas, estas *no han sido realmente graves*. En cuanto á las *lesiones anatómicas*, son las mismas que las de la gastritis y de la enteritis.

Si prevaleciesen todavía las opiniones que se sostenian en estos últimos años, seria necesario entrar en estensos pormenores respecto al *diagnóstico;* pero en el dia que se han disipado los errores de esta época por la observacion, creemos que esto seria inútil. Asi me basta decir que por una parte los vómitos biliosos, por otra la diarrea, y en fin, un ligero movimiento febril, son signos que fijan prontamente el diagnóstico cuando falta este aparato de fenómenos generales tan variados que caracterizan á la calentura tifoidea. No obstante, si algunas circunstancias particulares hiciesen mas dificil este diagnóstico, bastarian algunos dias de observacion para aclararle, porque la persistencia de los síntomas y la aparicion de nuevos fenómenos darian muy pronto á conocer que existia una verdadera calentura tifoidea.

(1) *Gaz. del hóp.*, 1849.

No debemos detenernos mucho en el *tratamiento* de la gastroenteritis, porque no es mas que el de la gastritis y enteritis reunidas. Asi pues formarán su base las *bebidas emolientes*, algunas *sanguijuelas* al epigastrio, cortas cantidades de *opio*, algunas *lavativas laudanizadas*, la *dieta* y la *quietud*. Si se sospechase que habia lombrices no se deberia titubear en administrar algunos *purgantes* y aun los *antihelmínticos*, pero seria inútil entrar en mas pormenores sobre este asunto.

Gastroenteritis crónica. Solo diré dos palabras de la *gastroenteritis crónica*, y esto será para repetir lo que he dicho al hablar de la gastralgia, y es que el mayor número de casos en que se ha creido que existia esta afeccion, no eran otra cosa que *gastroenteralgias*. Cuando al mismo tiempo hay una inflamacion crónica del estómago y de los intestinos, esta enfermedad nada tiene que le sea propio, sino que es simplemente la reunion de dos afecciones que basta conocer separadamente.

ARTICULO II.

GASTROENTERALGIA.

Lo que acabo de decir de la gastroenteritis se aplica perfectamente á la gastroenteralgia, la cual se halla tambien constituida por dos afecciones reunidas, de suerte que basta conocerlas por separado para disponer el tratamiento. Sin embargo, diremos que es muy frecuente la reunion de estas dos afecciones, y que es raro que los sugetos que padecen una verdadera gastralgia no esperimenten al mismo tiempo algunos síntomas nerviosos en los intestinos, que es lo que he hecho notar, y lo que recordaré aun en el artículo *Enteralgia*. Por estas razones no insistiré mas sobre esto, y cuando el médico conozca la afeccion nerviosa del estómago y la de los intestinos, le será fácil formar un todo, de manera que resulte lo mismo que si se hubiese descrito la gastroenteralgia.

ARTICULO III.

CÓLERA MORBO ESPORÁDICO.

A pesar de las numerosas descripciones que tenemos del cólera morbo esporádico, hay bastante dificultad para asignar el lugar que le corresponde en el cuadro nosológico, pues carecemos de observaciones bastante exactas de esta afeccion. Los hechos que han referido los autores se hallan generalmente espuestos de un modo muy lacónico y carecen de los mas importantes detalles, al mismo tiempo que hay una multitud de hipótesis y de esplicaciones teóricas que solo sirven para oscurecer mas la cuestion. Ya se verá mas adelante que todas las causas que se atribuyen á la indigestion se asignan tambien al cólera morbo esporádico, y que además la enfermedad presenta todos los fenómenos de una digestion alterada. ¿No será pues esta especie de cólera una simple indigestion? Tal vez se podria sostener esto fundándose en bastantes hechos; sin embargo, hay en esta afeccion algo de especial. En efecto, la supersecrecion que se forma en el conducto digestivo depende evidentemente de un estado desconocido que no se encuentra en las indigestiones ordinarias, y esta sola consideracion, aun cuando la opinion precedente estuviese mas apoyada que lo que está, bastaria para hacer del cólera esporádico una descripcion particular.

Esta enfermedad ha sido conocida y descrita desde la mas remota antigüedad. Hipócrates habla muchas veces de ella en sus obras (1), y todos los autores posteriores nos han hecho descripciones de ella mas ó menos estensas. Cuando se examinan atentamente estas, se ve que se han espuesto bajo semejante denominacion cierto número de estados morbosos diferentes, porque bastaba que hubiese vómitos abundantes con deyecciones alvinas frecuentes, para que la mayor parte de los autores de los siglos pasados admitiesen la existencia del cólera morbo, de lo que resulta que se han descrito con este nombre simples indigestiones, los efectos exagerados de los emetocatárticos, y aun los

(1) *De victûs ratione in acutis* (*Epid.*, lib. V, § 4, etc.).

resultados de un envenenamiento. Pocos son los trabajos especiales que en estos últimos tiempos se han publicado sobre esta afeccion; pero entre ellos citaré los de Menard (1) y de Chauffard de Aviñon (2), que se han ocupado muy particularmente de esta enfermedad.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se debe dar el nombre de *cólera esporádico* á una enfermedad caractérizada por vómitos violentos, abundantes y repetidos, que vienen de pronto ó despues de un corto malestar, sin otra causa que las que se atribuyen á la indigestion, acompañados ó prontamente seguidos de deyecciones alvinas abundantes y persistentes. Todavía hay otros síntomas importantes de que hablaré mas adelante, y no hago mencion de ellos en esta definicion, porque los que acabo de esponer son primitivos y característicos.

La palabra *chólera* (cólera) significa *flujo de bilis;* sin embargo, los vómitos estan lejos de ser siempre biliosos. Tambien se ha dado á esta enfermedad los nombres de *cholera nostras*, de *passio cholerica*, *colerragia* (Chaussier). Casi todas estas denominaciones, como se ve, se asemejan á la mas antigua, que es la que debemos conservar á pesar de que su significacion no sea del todo perfectamente exacta.

Aunque el cólera esporádico *no es una enfermedad frecuente*, con todo no trascurre ningun año sin que se observen algunos ejemplos en los diversos paises. Ya veremos mas adelante cuáles son segun los autores, las regiones en que se presenta mas frecuentemente.

§. II.

CAUSAS.

No teniendo á su disposicion los autores suficiente número de observaciones, no les ha sido posible indicar de un modo

(1) *Gazette médic.* 1832.
(2) *Mém. sur le choléra-morbus* (*Journal géneral de méd.*, 1829).

muy exacto las causas del cólera morbo esporádico. Pero esta reflexion solo se puede aplicar á una parte de las causas ocasionales, porque en los mas de los casos hay tal relacion entre la aparicion de los síntomas y la causa determinante, que no puede quedar duda acerca de esta última.

1.° Causas predisponentes.

Segun los autores, la *juventud*, la *edad madura* y el *sexo masculino* estan mas espuestos á esta afeccion que las demás edades y que el sexo femenino. Casi todos han admitido la existencia de *condiciones atmosféricas* particulares, que favorecen la produccion del cólera esporádico. El *fin del estío*, el *principio del otoño* y los *calores escesivos*, principalmente en los paises en que es muy alta la temperatura durante el dia y baja por la noche, son las condiciones en que generalmente se cree que se manifiesta esta afeccion.

Segun Hipócrates, era *frecuente en Grecia*, y se le observa á menudo en *Italia* y en *España*, segun los autores modernos. En algunas circunstancias se le ha visto aparecer en muchas personas simultáneamente y entonces la afeccion que propendia á tomar el carácter epidémico, ha sido atribuida á condiciones atmosféricas particulares (1). Me contento con hacer estas indicaciones, porque me faltan completamente los elementos para juzgar de ellas con exactitud.

2.° Causas ocasionales.

Generalmente sobreviene el cólera esporádico despues de haber comido sustancias indigestas, ó cuando ciertas circunstancias particulares han venido á *perturbar la digestion*, y esto es lo que ha hecho atribuir los síntomas á una simple indigestion. Seria pues inútil detenerse mas sobre causas de esta especie, porque basta lo que he dicho al hablar de esta afeccion.

El doctor Searle (2) ha visto ser acometidos las dos terceras partes de los niños de una escuela, á consecuencia de haber

(1) Sydenham, *Opera omnia medica.*
(2) *On cholera*, 1829.

abierto en la vecindad una *alcantarilla infecta*, y morir dos de ellos.

Ya he dicho que muchos autores habian mirado como cóleras las evacuaciones abundantes producidas por los *emeto-catárticos*. Es cierto que en semejante caso son los mismos los fenómenos de colapso; pero hay la diferencia de que estos últimos accidentes no reconocen por causa la que necesariamente es menester admitir para el cólera comun, y que siendo únicamente producidas por un agente esterno, son comunmente mas fáciles de remediar.

El doctor Victor Racle (1) ha reunido bastante número de casos en los que ha sobrevenido el cólera esporádico durante el curso de otra afeccion, y ha visto que este cólera es muy grave. Dicho autor ha designado á esta especie con el nombre de *cólera esporádico sintomático*.

Por último, es preciso, como acabo de decir, admitir que existe una *causa desconocida*, para que un accidente que en las circunstancias comunes no presenta otros fenómenos que los de una indigestion simple, vaya acompañado de la supersecrecion gastrointestinal característica, supersecrecion que es el orígen de los síntomas mas graves.

§. III.

SÍNTOMAS.

¿Se deberá dividir el cólera esporádico en muchas especies, como lo ha hecho particularmente el doctor J. Copland (2), para describir sus síntomas? Segun este autor habria que distinguir tres variedades de cólera, que son el *bilioso*, el *flatulento* y el *espasmódico;* pero como hacen notar los autores del *Compendio de medicina práctica*, no hay en las observaciones razon alguna para admitir semejante division, y en el artículo del doctor Copland no he encontrado otra cosa para distinguir las especies que el mayor predominio de síntomas que son comunes á todos los casos.

(1) *Mém. sur le chol. spor. symptom.* (*Revue méd.-chirurg.*).
(2) *Dict. of pract. med.*, 1835, t. I.

Invasion. Es muy comun que el cólera europeo se manifieste de repente, y sobre todo durante la noche. En otras circunstancias va precedido por mas ó menos tiempo de pesadez y desazon en el epigastrio, á veces de verdaderos dolores, y en una palabra, de algunos signos de una indigestion violenta.

Síntomas. El primero que se presenta en esta afeccion es un *dolor* mas ó menos violento que ocupa el epigastrio, y á veces una grande estension del abdómen, y que consiste en *retortijones*, *dolores cólicos*, y en una sensacion de *compresion* violenta que produce gran ansiedad. Si entonces se palpa el vientre se le halla mas ó menos *dolorido á la presion* en los puntos indicados.

No me consta que en semejantes casos se haya practicado la *percusion*. Sin embargo, no se puede dudar que se debe reconocer por medio de los signos indicados en el artículo *Indigestion*, la acumulacion de materias que hay necesariamente en este momento. No tardan en venir las *náuseas*, las cuáles estan en algunas ocasiones acompañadas de *eructos* y de *regurgitaciones ácidas;* pero las mas veces siguen casi inmediatamente á los *vómitos*. La materia de estos consiste primero en los alimentos y bebidas mal digeridas; despues se compone de un líquido acuoso mas ó menos mezclado con bilis, y en fin, los vómitos son amarillos, verdes ó verdosos, amargos, y por consiguiente casi del todo *biliosos*. No obstante, no siempre sucede asi, y se han visto vómitos abundantes de un líquido acre que quemaba la garganta; lo cual habian observado ya los autores antiguos, y particularmente Lázaro Riverio (1) quien dedujo de esto una objecion contra el nombre de *cólera* ó *flujo de bilis*.

Al mismo tiempo que los vómitos ó casi inmediatamente despues, aparecen los *dolores cólicos violentos*, las *deyecciones alvinas abundantes* de materias ácres, á veces muy fétidas, que en ciertos sugetos corroen profundamente el ano. Estas evacuaciones son en un gran número de casos tan sumamente abundantes que se ha visto que algunos enfermos llenaban en pocos instantes tantos vasos que apenas daban lugar á variarlos. Casi siempre van precedidas ó acompañadas de *ruido* de tripas y *borborigmos*. Las deyecciones estan al principio compuestas de materias fecales lí-

(1) *Praxeos med.*, lib. IX, *Op. med. univ.*; Lugduni, 1663.

quidas, despues de un líquido mezclado á veces con alimentos mal digeridos, y finalmente, son verdosas, negruzcas, herbáceas y evidentemente *biliosas*.

Cuando las evacuaciones son tan abundantes, se encuentra *dura* y *retraida* la *pared abdominal*, y entonces es tambien muchas veces escesivo el dolor del vientre.

El *hipo* es un síntoma que puede agregarse á los que he indicado, y á veces es muy pertinaz.

Se ha dicho que en el cólera está la *lengua* por lo comun roja y seca; pero bajo este punto de vista no se ha hecho una observacion exacta. Lo que hay de cierto es que á consecuencia de la irritacion producida por el paso de las materias ácres, y á consecuencia de la abundancia de las escreciones, los enfermos se quejan con frecuencia de una *sensacion de ardor* muy intenso en la garganta. Al mismo tiempo esperimentan una *sed* mas ó menos viva, síntoma que es tanto mas incómodo, cuanto que la ingestion de las bebidas provoca casi inmediatamente los vómitos. Como estos casi siempre son dolorosos á causa de la contraccion convulsiva del estómago, se ha visto que algunos sugetos evitan la ingestion de todo líquido, á pesar de tener sed.

Otra circunstancia que favorece notablemente el vómito, es el *movimiento*, y como estos movimientos son casi siempre escitados por los dolores espontáneos, los *calambres*, obligan al enfermo á tomar diversas posturas con la esperanza de aliviarse.

He dicho que aparecen en esta enfermedad *calambres* que por lo comun se manifiestan despues de cierto número de evacuaciones. Ocupan particularmente las pantorrillas, despues los pies, y en algunos casos bastante raros se estienden á todas las partes del cuerpo. A veces se les ve presentarse manifiestamente en el abdomen, donde contrayéndose los músculos, forman elevaciones duras y dolorosas. En ciertos casos tienen una violencia verdaderamente espantosa.

A consecuencia de estos síntomas el *pulso* se pone acelerado, mas ó menos contraido, filiforme y miserable cuando son muy abundantes las evacuaciones. La voz es debil, baja, y á veces hay una *afonía* casi completa; al mismo tiempo la *respiracion* es alta, algunas veces suspirosa y acelerada.

Entonces hay tambien *frialdad* mas ó menos considerable de los tegumentos, y principalmente en las estremidades y en

la cara. A pesar de la abundancia de las evacuaciones, la piel no está ordinariamente seca, antes por el contrario con mas frecuencia se ve aparecer un *sudor* á veces viscoso y ordinariamente frio en las diversas partes del cuerpo.

En el sistema nervioso se observa una *ansiedad* mas ó menos manifiesta, una *postracion* que se halla en relacion con la intensidad de los síntomas, mayor ó menor *desaliento*, y algunas veces una *cefalalgia* que no es de la mayor importancia.

Cuando la enfermedad ha llegado á este punto, las mas veces cede á los medios empleados para combatirla; pero en algunos casos, afortunadamente raros, continúa haciendo progresos. Las evacuaciones por la boca y el ano se hacen casi *contínuas;* las deyecciones alvinas son *involuntarias*, *no cesan* los *calambres*, y el aniquilamiento de las fuerzas es completo; la *cara* se pone *pálida*, con una espresion de abatimiento profundo; los *ojos se hunden*, se deprimen las mejillas, el enfermo parece *muy flaco*, y la cara está contraida é *hipocrática*. Entonces es cuando sobrevienen las *lipotimias*, los *síncopes*, la *carfologia* y los *saltos de tendones*, y cuando el enfermo puede sucumbir rápidamente.

A veces queda despues de la curacion y por espacio de uno ó muchos dias alguna susceptibilidad del estómago y de los intestinos, que no tardan en disipar algunas bebidas atemperantes y un régimen conveniente.

Tal es el cuadro del cólera esporádico. Acaso las observaciones exactas nos darán á conocer algun dia particularidades que ignoramos; pero en el dia este es el estado de nuestros conocimientos.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del cólera esporádico es esencialmente agudo, pues en algunas horas ó recobran los enfermos la salud ó sucumben por la violencia del mal. Es verdad que se han descrito algunos casos de cólera que han durado cierto número de dias (1), pero evidentemente se refieren estos casos á varias afecciones intesti-

(1) Véase especialmente LOBSTEIN, *Mémoire de méd. prat.;* Paris, 1832, en 8.°

nales con vómitos y diarrea pertinaces. Por lo demás los progresos del mal son incesantes y contínuos, á escepcion de algunos cortos intervalos de calma que dejan entre sí los vómitos y los calambres.

La *duracion*, que como acabo de manifestar es muy corta, está en relacion con la abundancia de las evacuaciones, y esta circunstancia de la brevedad de la duracion es lo que ha hecho dar á esta enfermedad algunos nombres particulares.

Acabamos de ver que diferenciándose en esto del cólera asiático, el esporádico *termina* casi siempre por la curacion. Sin embargo, se han observado algunos casos positivos de terminacion funesta, que prueban que esta afeccion es peligrosa.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Se han suscitado fuertes discusiones acerca de las lesiones anatómicas propias del cólera morbo esporádico. En efecto, esta es una cuestion que versa sobre la naturaleza de la enfermedad, acerca de la cual han sostenido los autores muy diversas opiniones. Veamos ahora qué ha resultado de la observacion.

Los antiguos atribuian el cólera á cierta corrupcion de la bilis; asi pues algunos autores han buscado en la composicion de este líquido la causa material de la enfermedad. Portal (1) habló de una bilis acre capaz de escoriar los tejidos; pero esta observacion no ha sido hecha por los autores mas modernos, y además no es dudoso que Portal haya confundido enfermedades muy diversas, como hacen muy bien notar los autores del *Compendio de medicina práctica*.

Encontrando otros, en algunos casos, un poco de rubicundez en los intestinos, á veces un color pardusco y otras veces úlceras, han mirado á la enfermedad como una *inflamacion gastrointestinal*. El doctor Chauffard es quien ha defendido principalmente esta opinion; pero si se considera en qué circunstancias se ha presentado la enfermedad, la falta de toda le-

(1) *Observ. sur la nat. et le trait. des malad. du foie*; Paris, 1813.

sion anatómica comprobada en muchos casos, y la variedad de lesiones inflamatorias que se han hallado, no se puede dudar que ha habido error de diagnóstico, ó que el cólera se ha desarrollado simplemente como complicacion de otra enfermedad. En cuanto á las observaciones de Gravier (1) aducidas por Roche, versan sobre el *cólera morbo asiático*, y no tienen ningun valor en la cuestion de que tratamos. Pero ya volveremos á tratar de esto en el artículo siguiente. ¿Deberemos hablar ahora de las *alteraciones del hígado*, *del bazo*, *del esófago*, *etc.*, á las que se ha querido atribuir el cólera? No lo creo, porque esta es una cuestion ya juzgada.

En resúmen, en la abertura de los cadáveres no se descubre ninguna lesion anatómica propia del cólera morbo esporádico, y aun admitiendo con el doctor Brown (2) que algunos sugetos han podido sucumbir muchos dias despues de la invasion de este cólera, y que el color subido de los intestinos es un signo de inflamacion, lo que está lejos de hallarse probado, no se deberia mirar á esta lesion sino como consecutiva.

Hay pues, á no dudarlo, en el cólera esporádico un estado particular desconocido, probablemente nervioso, que hace que las causas que en otras circunstancias no hubieran producido mas que una indigestion ordinaria, den lugar á evacuaciones escesivas de que son una consecuencia los demás síntomas.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

A mi modo de ver se ha insistido en el diagnóstico del cólera mucho mas de lo que era menester. Efectivamente, esta enfermedad tiene una fisonomía propia, que no se la puede confundir con ninguna de las enfermedades intestinales de cierta duracion. Despues de haber examinado las diversas afecciones que pueden parecérsela, solo hallo la indigestion, el envenenamiento y el cólera epidémico que puedan dar lugar á alguna dificultad.

(1) *Doc. sur le chol. morb. de l' Inde* (*Ann. de la méd. phys.* 1827).
(2) *Cyclop. of pract. med.*, t. I.

Para distinguir la *indigestion* del cólera esporádico, se han procurado hallar diferencias en la naturaleza de las materias vomitadas, en su olor, en el de los eructos nidorosos; pero no creo que estas diferencias sean suficientes porque solo existen en algunos casos. Si se estudia atentamente la indigestion, se ve que es al principio muy dificil, por no decir imposible, formar un diagnóstico exacto; pero muy pronto la abundancia de los vómitos y de las evacuaciones alvinas, el hallarse bilis en las materias vomitadas, los calambres y la debilidad estremada, no tardan en dar á conocer un verdadero cólera, y cesa toda incertidumbre.

En cuanto á los *envenenamientos* es dificil formar su diagnóstico diferencial en atencion á que los diversos envenenamientos tienen cada uno su aspecto especial. Asi, pues me limitaré á tomar de Grisolle (1) el pasaje siguiente, porque me parece que contiene todo lo que importa saber acerca de este diagnóstico formulado asi de un modo general.

«El cólera, dice este autor, presenta mucha semejanza con el envenenamiento por los venenos irritantes. Sin embargo, en estos últimos casos se han desarrollado los accidentes despues de la ingestion en el estómago de una sustancia que ha producido las mas veces una sensacion de calor, de escozor y de quemadura en la garganta, en el esófago y aun en la boca, en la que se encuentran á veces manchas y escaras que manifiestan la accion de un cáustico. En vez de presentarse los vómitos casi simultáneamente con las evacuaciones alvinas, preceden por el contrario á estas muchas horas. Los dolores de vientre presentan la misma progresion, porque limitados al principio al epigastrio, solo despues de mas ó menos tiempo es cuando se estienden al resto del abdomen.»

Respecto al diagnóstico entre el *cólera epidémico* y el esporádico, remito al lector al artículo siguiente donde le espondré detalladamente.

Pronóstico. Como hemos visto anteriormente, es por lo comun favorable el pronóstico del cólera esporádico. Las evacuaciones involuntarias, un colapso profundo, el enfriamiento de las estremidades y el pulso frecuente y miserable, son sín-

(1) *Traité elém. et prat. de Path. int.*, t. I, p. 765.

tomas muy graves que anuncian á veces una muerte próxima.

De algunos hechos reunidos por V. Racle (1) resulta que el cólera esporádico que sobreviene durante el curso de otra afeccion, intestinal ó no, presenta mucho peligro, y que *en los mas de los casos de cólera esporádico que se terminan por la muerte estan acompañados de lesiones anatómicas.*

§. VII.

TRATAMIENTO.

El *tratamiento* del cólera esporádico ha variado segun la idea que se han formado los médicos de la naturaleza de la enfermedad. Examinaremos las diversas medicaciones usadas, pero sin entrar en una esposicion histórica que seria del todo inútil.

Emisiones sanguíneas. En la época en que reinaban las ideas de la escuela fisiológica, es cuando se recomendaron las emisiones sanguíneas; pero esta práctica se halla mas bien fundada en raciocinios que en observaciones, y aun estos raciocinios las mas veces son falsos. Asi pues, se ha invocado la práctica del doctor Gravier, sin pensar que el cólera asiático, del que trataba este observador, podia diferenciarse muy bien del cólera esporádico, como pudimos comprobarlo mas tarde. Sea de esto lo que quiera, decimos que la mejor medicacion para Broussais y sus discípulos es la aplicacion de *sanguijuelas* al epigastrio en número variable (veinte, treinta y mas en diferentes veces); pero esta medicacion está lejos de hallarse hoy dia generalmente adoptada, y nada prueba que tenga la eficacia que la han atribuido las ideas teóricas. Respecto á la sangría general, rara vez se ha usado.

Para completar *el tratamiento antiflogístico* se recomiendan las *bebidas emolientes*, mucilaginosas ó ligeramente *aciduladas.* Ya hemos visto que muchas veces son tan pertinaces los vómitos que basta para provocarlos la ingestion de la menor cantidad de líquido; asi pues, no se debe insistir en hacer beber á los enfermos, y algunos autores, entre los que es preciso citar á Alf. Leroy, hasta han recomendado que *se supriman completamente las*

(1) *Lug. cit.*

bebidas; pero á veces es tan intensa la sed, que es imposible seguir exactamente este concepto, cuya utilidad no se halla perfectamente demostrada. Sin embargo, se puede tratar de templar la sed, con *pedazos de hielo* introduidos en la boca, y seria menester administrar bebidas atemperantes y aciduladas á muy corta dosis y á temperatura baja. Pinel, sobre todo, ha insistido mucho acerca de las ventajas de las *bebidas frias aciduladas*. Tambien se han usado los *baños* y los *fomentos emolientes* y *narcóticos*, pero sin que haya sido posible apreciar su grado de eficacia.

Vomitivos y purgantes. Cuando se creia que el cólera era debido á una bilis corrompida, acre y corrosiva, se administraban vomitivos y purgantes; pero en el dia, que se teme con razon favorecer por estos medios la superpurgacion, se hallan generalmente abandonados, y es por lo tanto inútil hablar de ellos en este lugar.

Opiados. La administracion de los opiados es la que justamente goza en la actualidad del favor general. Ya Lázaro Riverio habia aconsejado estos medios cuando Alf. Leroy los encomió de nuevo. Riverio aconsejaba administrar 4 gramos (1 dracma) de *triaca reciente*, ó bien 20 centígramos (4 gotas) de *láudano opiado*, es decir, de *estracto de opio*, de una sola vez. Sin embargo, si estuviesen demasiado abatidas las fuerzas, encargaba no dar entera esta dosis del estracto de opio, sino administrar primero de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos), sin perjuicio de repetir mas tarde esta cantidad. Sydenham prescribia *algunas gotas de su láudano* en una corta cantidad de vehículo. En cuanto á Alfonso Leroy, administraba de hora en hora 2 centígramos ($^2/_5$ de grano) de *estracto de opio*, teniendo cuidado, como he dicho antes, de no introducir ningun líquido en el estómago. Otros médicos han usado la *morfina*; pero es inútil insistir en este punto, porque basta decir que se ha administrado el opio bajo una forma cualquiera.

Las *lavativas laudanizadas* surten tambien buenos efectos, sobre todo cuando son muy frecuentes los vómitos, muy abundantes y muy repetidas las evacuaciones alvinas; pero no se debe temer el aumentar algo la dosis del láudano; 1 ó 2 gramos (18 á 36 granos) de este medicamento y aun mas, deben ser introducidos en el recto en una pequeña cantidad de vehículo. Muchas veces tambien son tan frecuentes las deyecciones al-

vinas que es inmediatamente arrojada la lavativa : entonces no se debe titubear en administrar otra poco despues, sin temer cierto grado de narcotismo del que no es muy dificil sacar despues á los enfermos. Sin embargo, no se puede menos de conocer que esta medicacion ha de tener sus límites, por lo que es menester examinar atentamente el estado del enfermo para no traspasarlos.

Menard, que es quien mas principalmente ha insistido acerca del uso del opio, cree que á escepcion del *estracto gomoso*, el láudano y las diversas preparaciones de opio no producen buenos efectos, pero esta opinion no parece se halla fundada en los hechos. Este autor dice además que ni aun el mismo estracto gomoso prueba bien á los niños de pecho: asercion que carece tambien de fundamento, y que parece mas bien dictada por el temor que se tiene generalmente á los efectos del opio en una edad muy tierna que por una observacion rigurosa. En los niños muy pequeños una lavativa con 1 ó 2 *gotas de láudano*, segun la edad, 1 *centigramo* (*1/5 de grano*) de *estracto gomoso*, tomado por la boca (dosis que se puede repetir dos ó tres veces al dia si el caso lo exigiese), no tienen las mas veces un inconveniente real; por lo demás, asi como en el adulto, el médico puede vigilar atentamente el efecto de estas sustancias. Salvo estas objecciones, no merece sino elogios el modo con que ha espuesto Menard este tratamiento.

Las *fricciones* sobre el abdomen con un *linimento opiado*, las *cataplasmas laudanizadas*, la mayor *quietud* posible, la *inmovilidad* mas absoluta, y el uso del *hielo* interiormente, vienen á completar esta medicacion, cuya superioridad sobre las demás es indisputable.

Medios diversos. ¿Deberemos ahora hablar del uso de los *calomelanos*, del *acetato de plomo*, de la aplicacion de los *vejigatorios al epigastrio*, de los *sinapismos* al vientre, del uso del *alcanfor*, del *cobre amoniacal*, de las *fricciones mercuriales*, del *agua fria* bebida en gran cantidad, como queria Autenrieth? No cabe duda que haciéndolo asi espondria un tratamiento completo, pero esta abundancia de medicaciones lejos de ser provechosa solo tendria inconvenientes. En efecto, para que admitamos un tratamiento es necesario que haya dado pruebas de su eficacia, y precisamente aqui faltan completamente.

Solo diré que el doctor Godlewki (1) ha visto que se alivian síntomas muy graves por *el usō de las fricciones mercuriales;* pero no refiere mas que un hecho cuyo valor es poco considerable.

Tratamiento de los síntomas. En vista de lo que precede me limitaré á añadir algunos medios apropiados para combatir ciertos síntomas. Se ha propuesto *contra los vómitos* muy pertinaces la *pocion de Riverio*, ó simplemente el *agua de Seltz*, bebidas que pueden ser muy útiles; pero no se debe olvidar que no basta combatir solo el vómito, sino mas bien la causa nerviosa que le produce, y la esperiencia ha probado que el opio llenaba mejor que cualquier otro medio esta indicacion importante.

Las *lavativas con láudano* á alta dosis son, como he dicho mas arriba, el mejor medio que se puede oponer *á las evacuaciones alvinas escesivas.* Se han aconsejado los *antiespasmódicos* con el objeto de calmar los *fenómenos nerviosos* y principalmente los *calambres;* algunos autores han elogiado muy particularmente el *éter sulfúrico;* pero cesan tan pronto los calambres en cuanto desaparecen los síntomas intestinales, que no se ve que haya necesidad de usar estos medios que pueden producir una accion nociva en el conducto intestinal. Las *fricciones secas* mas ó menos repetidas en el abdomen y los miembros, si estan demasiado doloridos, bastan las mas veces para aliviar á los enfermos. Tambien se darán fricciones en las estremidades para *restituirlas el calor*, y en los intervalos de las fricciones se las envolverá en *tejidos de lana calientes.* Por último, es necesario recomendar á los enfermos que guarden en lo posible una *inmovilidad* absoluta para no escitar el vómito y las deyecciones ya demasiado frecuentes.

Resúmen y prescripcion. De lo dicho hasta aquí resulta que el verdadero tratamiento del cólera esporádico, y el que tiene en su favor la esperiencia, consiste en el uso del opio, de algunas bebidas emolientes y acídulas y del hielo. Por lo tanto este es el que deberá adoptar el práctico, hasta que hechos numerosos y bien observados le prueben que existe algun medio de una eficacia especial; por consiguiente, bastará una sola prescripcion para trazar de un modo general la conducta que se debe seguir.

(1) *Journ. des connais. méd.-chir.*, abril de 1848.

PRESCRIPCION.

1.° Bebidas en corta cantidad: agua de arroz, solucion de jarabe de goma, añadiendo ó no un poco de zumo de limon.

2.° Si la sed es intensa y contínuos los vómitos, es preciso limitarse á dar al enfermo pedazos de hielo para que los deshaga en la boca.

3.° Se administrará una píldora de 3 á 5 centígramos (de $1/2$ á 1 grano) de estracto tebaico, repetida cada dos ó tres horas, ó mas frecuentemente si el caso lo exige. En los niños la dosis será la de 1 centígramo ($1/5$ grano) ó menos, y se deberá administrar el opio en una pequeña cantidad de vehículo.

4.° Se administrará una cuarta parte de lavativa de agua de semilla de lino con 1 ó 2 gramos (18 ó 36 granos) de láudano, que se repetirá si fuese menester. En los niños bastan tres ó cuatro gotas de láudano, segun la edad.

5.° Fricciones secas al vientre con el linimento siguiente:

℞	Aceite de almendras dulces....	20 gramos (ʒv)
	Láudano.....................	6 gramos (ʒjß)

Se hacen fricciones secas á los miembros con un pedazo de franela ó una bayeta caliente.

6.° Se recomendará al enfermo que haga los menos movimientos posibles, y si los vómitos son escesivos se administrará el agua de Seltz ó la pocion de Riverio.

7.° Los dias siguientes se prescribirá al enfermo un régimen suave y ligero.

Breve resumen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes, opiados; vomitivos y purgantes (proscriptos); medicamentos diversos; calomelanos, agua fria, etc. (inciertos). Fricciones secas, narcóticos, mercuriales, quietud, bebidas gaseosas y régimen.

ARTICULO IV.

CÓLERA MORBO EPIDÉMICO.

Esta enfermedad, que existe endémicamente en la India, se puede decir que no ha sido bien estudiada hasta que ha invadido la Europa. Léase si no cuanto se publicó antes de la epidemia que ha desvastado la Francia y la Inglaterra, para convencerse de cuán infundadas son la mayor parte de las opiniones emitidas acerca de los síntomas, curso y naturaleza de la enfermedad, y aun sobre su tratamiento. Es cierto que se ha querido encontrar en ciertas descripciones hechas por los autores que han practicado en la India todo lo que se ha descubierto en Europa sobre esta afeccion; pero no se tarda en ver que estas descripciones dejan mucho que desear y que se necesitaba la observacion exacta y rigurosa que se ha hecho en los años 1832 y siguientes, para llegar á conocerla bien.

Despues de haber asolado la epidemia una multitud de paises, invadió la Europa en el año 1831, y si se da crédito á algunas observaciones apareció en Paris el 6 de enero de 1832, pero no se manifestó ostensiblemente en esta ciudad hasta fines del mes de marzo. Como no entra en mi plan el seguir la marcha del cólera morbo desde su salida de la India hasta su llegada á Francia é invasion de la América, España é Italia, basta decir que por mas estudios que se hayan hecho tocante á este punto, no se ha podido encontrar en esta marcha caprichosa nada que pueda ilustrarnos acerca del modo con que se propagaba la enfermedad.

En 1849 se declaró en Paris una epidemia de cólera morbo no menos mortífera que la primera, y como esta, empezó por algunos casos aislados, manifestándose el 9 de marzo de un modo nada equívoco aunque con poca intensidad; pero hácia el fin de mayo, y sobre todo al principio de junio, adquirió estremada violencia. Durante esta segunda epidemia ha hecho la ciencia importantes adquisiciones que consignaré en el discurso de este artículo.

Como se ha escrito y publicado tanto sobre el cólera morbo

epidémico, principalmente en Francia, en Inglaterra y en los Estados Unidos, y seria imposible abrazar en una descripcion todos los pormenores de estos diversos escritos, me limitaré á presentar aqui los principales resultados de estas investigaciones, entre las cuales es preciso citar particularmente las de Bouillaud (1), Gendrin (2), Magendie (3), Cruveilhier (4), José Brown (5), Briquet y Minot (6), etc., y los numerosos artículos dados á luz en los periódicos de 1832 á 1834 ó 1835, y en 1849 en la segunda epidemia.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Solo puede definirse el cólera morbo epidémico por sus principales síntomas, que son: vómitos mas ó menos abundantes, evacuaciones frecuentes de vientre, cuya materia se halla principalmente constituida por un líquido mas ó menos claro ó turbio, que contiene en suspension copos mucosos; calambres, color morado de los tegumentos, enfriamiento y supresion mas ó menos completa de la orina. Los demas síntomas, que se describirán mas adelante, pueden faltar sin que el cólera deje por eso de estar perfectamente caracterizado, y por consiguiente seria inútil incluirlos en esta definicion.

A esta enfermedad es á la que se han dado los nombres de *cólera fulminante*, *cólera álgido*, *coladrea linfática* (7), y á la que se designa particularmente con los nombres de *cólera asiático*, *cólera indiano* y *cólera pestilencial*, y á la llamada por Serres y Nonat (8) *psorenteria* ó *psorenteritis*, á causa del desarrollo de los folículos aislados que hacen aparecer el intesti-

(1) *Traité prat. théor. et statit. du choléra-morbus de Paris, appuyés sur un grand nomvre d' observ. recueillies á l' hôp. de la Pitié;* Paris, 1832.
(2) *Monogr. du choléra-morbus épidém. de Paris,* Paris, 1832.
(3) *Lecons sur le choléra-morbus;* Paris, 1832.
(4) *Anatom patholog. du corps humain,* t. I, entrega XIV, avec planches.
(5) *Cyclopæd. of pract. médic.* art. CHOLERA EPIDEMIC.
(6) *Traité prat. et analytic. du choléra-morbus* (épidémie de 1849); Paris, 1850.
(7) Véase BALLY, *Mém. de l' Acad. de méd;* t. XII, p. 153; t. XIV, p. 189.
(8) *Gazette médic. de Paris,* 1832, et *Mém. sur la psorentérie, ou choléra de Paris,* in 4.°

no cubierto de granos rodeados ó no, segun dicen estos autores, de signos de inflamacion. Pero entre estos nombres se deben preferir el de *cólera morbo epidémico*, ó el de *cólera indiano*, que indica su orígen.

Es inútil averiguar cuál es la *frecuencia* del cólera epidémico á no ser en los paises en que esta afeccion es endémica. Pero los autores que han descrito las enfermedades de estas regiones no se han detenido lo suficiente sobre este punto. Solamente diremos que apenas pasa un año en la India que no se observe un número mas ó menos considerable de casos aislados, y que desde que los médicos ingleses han aprendido á distinguir esta enfermedad de todas las demás, han podido observar epidemias mas ó menos estensas. Segun una carta de Scott, citado por el doctor Brown, se conoce el cólera en la India desde la mas remota antigüedad, y se encuentran en las obras de los autores indios relaciones de gran número de invasiones epidémicas.

§. II.

CAUSAS.

Entre las muchísimas y detenidas observaciones hechas con el objeto de ilustrar su etiología, no hay otras mas interesantes que las emprendidas por una comision nombrada por el prefecto del Sena, cuyos resultados estan fundados en una estensa estadística. Veamos pues qué es lo que hay de mas positivo en lo que se ha dicho tocante á este asunto.

1.° Causas predisponentes.

Edad. Desde luego se puede decir que el cólera hace sus estragos en *todas las edades*; ¿pero en qué proporcion en las principales épocas de la vida? Esto es lo que importa averiguar. Ateniéndose á los resultados estadísticos de la mencionada comision, que versan sobre diez y ocho mil cuatrocientos enfermos, la edad en que ha habido mayor mortandad es la vejez; despues siguen los adultos, luego la primera infancia y por último la segunda infancia. Si se examina el resultado de las investigaciones hechas por Gendrin, se halla re-

sultados análogos; y si se admite con los autores que los niños muy pequeños resisten mucho menos que los hombres al cólera, de aquí resulta que la menor mortandad en ellos supone todavía un número mucho menor proporcional de niños atacados. En cuanto á los estremos de la edad, se ve que los niños de dos, tres y cuatro meses pueden ser atacados del cólera, pero muy rara vez, al paso que la estrema vejez ha padecido mucho, como es de juzgar por los estragos hechos en los hospicios de ancianos (1).

Sexo. Tambien resulta del número proporcional de defunciones, al que se ha recurrido para conocer la frecuencia relativa en los dos sexos, que estan casi igualmente espuestos.

Constitucion. Solo tenemos datos muy inexactos acerca de la influencia de la constitucion, pues los resultados estadísticos versaban sobre hechos en los que no habia todas las noticias necesarias. Sin embargo, si se considera que el cólera se ha manifestado mas grave en los niños muy pequeños; que en los alrededores de Paris el número de las mugeres que han sucumbido ha sido proporcionalmente mayor que el de los hombres; que la vejez es en la que ha habido mas víctimas, se puede admitir por analogía que una constitucion mediana ó deteriorada por enfermedades anteriores, la que aproxima á los sugetos al estado de debilidad comun á las tres condiciones que acabo de enumerar, debe predisponer tambien á contraer la enfermedad. Pocas son las observaciones que tengo á mi disposicion de las recogidas durante la mayor intensidad de la epidemia en las cuales las constituciones fuertes y débiles han sido igualmente atacadas por el cólera: pero estos datos son demasiado insuficientes para hacer mas que citarlos. Respecto al *temperamento* nada tenemos que decir de particular.

Profesiones. Habiendo indagado cuidadosamente la comision nombrada por el prefecto del Sena qué influencia tienen las profesiones, el resultado general que se ha sacado es que las *profesiones* que esponen á los que las ejercen á la intemperie, á las privaciones de toda especie, á un trabajo penoso y molesto, han

(1) Véase especialmente á Rochoux. *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXX, páginas 332 y 439.

tenido en una proporcion muy considerable, una accion marcada en la produccion de la enfermedad (1).

En cuanto á las *profesiones* llamadas *insalubres*, la comision ha hecho investigaciones muy exactas á cerca de este asunto, y de ellas resulta que las ideas teóricas que hacian se considerase á estas profesiones como capaces de predisponer los individuos al cólera, eran enteramente falsas.

Respecto á la *habitacion* hallamos en primer lugar, como resultado general igualmente señalado por la comision, que las partes húmedas y bajas de Paris han presentado mayor número de enfermos y de muertos que las partes elevadas, secas y bien ventiladas.

En cuanto á la *proximidad de los canales y rios*, no ha producido otro efecto aparente que aumentar el número en una cantidad insignificante. Entre el corto número de observaciones muy exactas que he podido reunir, las dos terceras partes de sugetos que han dado algunas noticias acerca de su habitacion, hacia ya largo tiempo que vivian en *cuartos frios, húmedos, mal ventilados y oscuros.*

Climas. No se puede poner en duda la influencia de los *climas*, puesto que el cólera es indémico en la India; pero cuando la epidemia ha estallado, y cuando la influencia morbosa ha empézado á sentirse fuera de los lugares en que habia tomado origen, parece haber desaparecido esta influencia de los climas. Efectivamente, el cólera no ha hecho menos estragos en Rusia, Inglaterra y Francia que en las regiones asiáticas, en Italia y en España: èntonces parecia que habia una fuerza de impulsion que impelia la influencia morbosa con la misma violencia en los sentidos mas opuestos.

Temperatura, estaciones. Las mismas reflexiones se aplican á la influencia de las *estaciones.* En la India se siente visiblemente esta influencia, porque los autores ingleses que han observado el cólera en este pais han notado que reinaba principalmente en las épocas del año en que siguen *noches muy frias* á *dias muy calurosos;* pero en Polonia, en Inglaterra y sobre todo en Paris no se ha podido descubrir ninguna relacion entre

(1) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine, par la commision nommée par le gouvernement;* Paris, 1834, con mapas.

la violencia del cólera y la constitucion estacional. Solo en la última epidemia hemos visto que la enfermedad coincidia de un modo notable con la mayor elevacion de la temperatura.

En cuanto á la *composicion del aire atmosférico*, en vano se ha tratado de encontrar en él la esplicacion de la aparicion de la enfermedad y de las numerosas recrudescencias que ha tenido en los diversos paises.

El doctor Hervieux (1) ha llamado la atencion sobre la menor intensidad del cólera en las llanuras bien ventiladas, y su violencia en los lugares bajos. Esta observacion hecha ya por otros médicos ha sido en general confirmada por los hechos; pero hay escepciones muy notables entre las que citaré la inmunidad de que ha gozado la ciudad de Lyon.

Miseria y privaciones. Ya hemos visto mas arriba que el cólera habia hecho mayor número de víctimas en la clase indigente y en los operarios espuestos á la intemperie, lo cual nos induce á pensar que la miseria, la falta de ropa y las privaciones de todo género han colocado á los sugetos en las condiciones mas favorables al desarrollo de la enfermedad. Por lo demás, esto es lo que han indicado los autores que han hecho investigaciones directas sobre este punto. Asi pues, Bouillaud (2) dice positivamente que un gran número de enfermos que vió estaban mal alimentados, y los demás médicos que han observado la epidemia de Paris emiten la misma opinion. De diez y siete enfermos, de los que he adquirido noticias muy exactas, y cuyas observaciones tengo á la vista, siete habian sufrido durante el invierno precedente grandes privaciones; asi pues, todo induce á creer que una *alimentacion* de mala calidad é insuficiente, la *falta de ropa* y de un abrigo conveniente contra el frio, han sido las causas predisponentes mas eficaces.

Una consecuencia natural de estas condiciones desfavorables es un estado *moral* mas ó menos profundamente afectado; asi pues no se ha titubeado en incluir entre las causas predisponentes los pesares violentos y prolongados y las preocupaciones de toda especie; pero todavía no se han hecho suficientes investigaciones sobre este punto, y ya veremos mas ade-

(1) *Union médicale,* 7 de julio de 1849.
(2) *Traité theór., pratique et statistique du chol.-morb.*, etc., Paris, 1832.

lante cuál ha sido el efecto de las afecciones morales muy vivas como causa ocasional.

El *hacinamiento*, sobre todo en sitios mal ventilados, se ha mirado tambien como una causa predisponente eficaz del cólera morbo epidémico. En apoyo de esta opinion se puede citar lo que ha observado la comision en los cuarteles. En efecto, se ha visto que en el departamento del Sena ha sido la mortandad mayor en los militares que en la poblacion civil. Estas investigaciones se habian hecho para asegurarse si podia considerarse al estado militar como una causa predisponente; pero todo induce á creer que la mala habitacion, cuya influencia hemos reconocido, es la única á que se debe atribuir la mayor violencia del cólera en los soldados.

Escesos. ¿Se debe considerar como una causa predisponente los *escesos habituales* y principalmente en los *alcohólicos?* Para aclarar este punto casi no tenemos otros datos que un informe presentado á la sociedad de la Templanza de Nueva York (1), segun el cual el *hábito de la embriaguez* tendria la mayor influencia. Sin embargo, conviene no olvidar que este informe viene de la sociedad de la Templanza, en la que ha debido haber por consiguiente tendencia á exagerar los hechos, y por otra parte notamos que no se ha comprobado, y sin duda tampoco habrá sido posible averiguar el número proporcional de los que se entregan á la embriaguez, dato esencial cuando se trata de una cuestion de proporcion.

En 1849 muchos enfermos que entraron en los hospitales para curarse de otras afecciones fueron atacados del cólera en las salas. Mas adelante diré alguna cosa de las consecuencias que se han querido deducir de esto en favor del contagio; pero por ahora me limito á indicar aqui el resultado de las investigaciones de Briquet y de Mignot (2) respecto á las enfermedades estrañas de que se hallaban atacados estos sugetos. El cólera, dicen Briquet y Mignot, ha atacado á todos los que padecian de *erisipela*, á las *dos terceras partes de los pulmoniacos*, á las *cuatro quintas de los afectados de cáncer*, á *una tercera de los tísicos*, á la *cuarta de los que tenian calenturas tifoideas*, á la *quin-*

(1) Citado en la *Lancette française*, 1832.
(2) *Lug. cit.*

ta de las enfermas de metritis y de ovaritis, á *una sétima de los atacados de flegmasia gastrointestinal*, á la *octava de los de bronquitis*, y á la *novena de las histéricas*. La única circunstancia digna de notarse es la corta proporcion de las enfermedades gastrointestinales.

Por consiguiente en resúmen se puede decir que la edad avanzada, las habitaciones malas, las privaciones de toda especie, y quizás el *estado moral* que es su consecuencia, son las únicas causas predisponentes cuya existencia se puede mirar como bien demostrada.

2.° Causas ocasionales.

Solo tenemos datos inciertos respecto á las causas ocasionales. Es verdad que se citan los cambios repentinos de temperatura, y el *frio instantáneo* aplicado á la superficie del cuerpo; pero en ninguna parte se halla un resúmen de hechos que ponga la existencia de estas causas fuera de duda.

Escesos. Hemos considerado á los escesos habituales como causa predisponente; si ahora examinamos estos *mismos escesos* como causa ocasional, hé aqui los datos que nos suministra la predicha comision. Se ha observado que el número de enfermos recibidos en los hospitales era mas considerable los martes y miércoles de cada semana que en los demás dias, y que el número de los admitidos disminuia á medida que los otros dias distaban mas de los dos señalados. Ahora bien, si se considera que el domingo y lunes son los dias en que hace mas escesos de toda especie la clase que va á los hospitales, no se puede dudar que esta sea la causa del aumento en el número de entrados; por otra parte, si se recuerda que entre los escesos, los del vino son los mas comunes, á esta especie de escesos es á los que será preciso atribuir la invasion de la enfermedad. Los resultados de algunas observaciones particulares no serian de ninguna importancia al lado de los considerables datos estadísticos presentados por la comision.

¿Serán causas ocasionales evidentes del cólera, la *naturaleza de los alimentos* ingeridos, el uso de sustancias indigestas, como el tocino, las carnes asadas ó manidas, los coles, etc., ó bien las frutas verdes, ó las que se llaman frias, como los melones, etc? Es imposible decidir nada positivamente respecto de

este punto, bajo el aspecto científico; sin embargo, nada parece mas posible que la influencia perniciosa de estas sustancias en la produccion de una enfermedad, cuyos síntomas locales se manifiestan principalmente en el conducto digestivo; asi pues la prudencia exige que se recomiende á las poblaciones durante las epidemias, una estremada sobreidad en el uso de estas sustancias. Las mismas reflexiones se aplican al *abuso de las bebidas frias y agrias*, á los *escesos venéreos*, á las causas de toda especie que debilitan la economía, etc.

Ya he dicho algunas palabras acerca de las *afecciones morales* prolongadas por largo tiempo que pueden poner á los sugetos en condiciones desfavorables, en medio de una epidemia de cólera: pero resta saber si estas afecciones morales pueden obrar como causas ocasionales. En primer lugar ¿tendrá el *miedo* este desventajado efecto? En mi concepto se debe distinguir el miedo de la enfermedad y el miedo de otros accidentes que le son estraños. Respecto á este último, la comision, cuyo informe he citado muchas veces, hace notar que en el mes de junio de 1832 el motin que habia aterrado á la poblacion y principalmente en el distrito de Saint Merry, no tuvo ninguna influencia en el curso del cólera, ó mas bien hubo una disminucion sensible en el número de defunciones. Por consiguiente, si se quisiera sacar una consecuencia de este hecho, seria preciso admitir que la emocion producida por el mencionado motin fue mas bien favorable que perjudicial. Resta ahora saber si el *temor á la enfermedad* produce efectos desastrosos. La opinion general es que realmente sucede asi; pero bién se conoce cuán dificiles deben ser estas investigaciones: asi pues, nada sabemos de positivo tocante á este punto.

Contagio. Para completar lo que tenia que decir acerca de las causas del cólera, me queda que hablar del *contagio* que han admitido algunos médicos. Moreau de Jonnes (1) es el que mas principalmente ha insistido sobre la existencia de esta causa, y recientemente Briquet y Mignot han procurado demostrarle por la análisis de los hechos sometidos á su observacion; pero nos veremos poco inclinados á adoptar esta opinion, si se re-

(1) *Rapport sur le choléra-morbus* (*Bull. de l' Acad. de méd.*; t. XIV, p. 739, 823 y sig.



flexiona acerca de la estremada violencia de la enfermedad cuando se estendió por Europa, y si se piensa que en 1832 todos se hallaban en la mayor aptitud posible para contraerla, suponiéndola contagiosa, puesto que todos los europeos se hallaban aptos para contraer esta afeccion nueva hasta entonces para ellos. ¿No es evidente que los que diariamente se acercaban á los enfermos hubieran debido sucumbir casi todos en semejantes circunstancias? Pues bien, nada de esto se verificó, y se observó que los médicos no fallecieron en mayor proporcion que los demás individuos, tomados en la misma clase de la sociedad. Esta razon es tan poderosa, que no creo debo detenerme mucho sobre un hecho que me parece perfectamente juzgado. Los hechos citados por Briquet y Mignot se encuentran siempre en las grandes epidemias ya que la enfermedad sea contagiosa ó no, y por otra parte estos hechos prueban menos de lo que han creido estos autores.

Por lo demás, recordamos que todos los ensayos que se han hecho para inocular el cólera, ya con la sangre, ya con el sudor ú otro cualquier humor, han sido completamente infructuosos, y añadimos que el doctor J. Annesley (1) ha observado como nosotros, que en las personas que en la India comunican con los enfermos no son mas frecuentemente atacados que los demás, ó lo son mas rara vez.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para describir los síntomas del cólera morbo epidémico se han adoptado diversas divisiones. Dalmas (2) ha descrito dos períodos, de los cuáles uno comprende el estado *álgido*, y el otro el estado de *reaccion*. J. Brown admite tres períodos, que son el de *invasion* y los dos que se acaban de indicar; pero Gendrin es quien admite mayor número, pues para él hay un primer período ó de *invasion* llamado *flegmorrágico*, porque hay entonces evacuaciones serosas por la boca y el ano; uno se-

(1) *Treat. on the epid. chol. of India;* 1820.
(2) *Dict. de méd.*, t. VII, art. CHOLERA.

gundo que él llama período de *estado*, y que es el que otros autores llaman *ciánico*, á causa del color azul de los tegumentos; el tercero designado por Gendrin con el nombre de período de *estincion* ó *asfíxico*; el cuarto es el período de *reaccion*, y en fin, el quinto estaría caracterizado por *crisis* y *metástasis*, que han de juzgar la enfermedad.

A mi modo de ver se debe desechar esta division. En efecto, el período llamado *flegmorrágico* no se halla limitado, si no que puede continuarse y se continúa casi siempre durante todo el período siguiente. El tercero no es evidentemente mas que una continuacion del segundo; y en cuanto al *período crítico* veremos que no solo se ha exagerado mucho la importancia de los fenómenos creyendo que constituyen las crisis, sino que de ningun modo se halla demostrado que estos fenómenos tengan nada de críticos.

Los autores del *Compendio de medicina práctica* solo admiten cuatro períodos, de los cuales el primero estaria caracterizado por los *prodromos nerviosos é intestinales*; pero si se puede considerar á cierto estado de malestar, á la disminucion del apetito y á alguna debilidad como prodromos, ¿sucede lo mismo con los demás síntomas intestinales, y en particular con la diarrea designada con el nombre de *colerina?* Como vamos á ver, de ningun modo se halla esto demostrado, y por consiguiente basta admitir tres períodos con el doctor Brown, y describir sucesivamente la *invasion*, el *estado ciánico* y la *reaccion*.

1.° *Invasion*. Como acabo de manifestar, se ha dicho que muchas veces anunciaban la invasion del cólera verdaderos prodromos nerviosos, opinion que no ha sido emitida por primera vez en la epidemia de que hemos sido testigos. Ya el doctor Annesley (1) habia insistido sobre los prodromos del cólera, y habia hecho mencion de los prodromos nerviosos; pero examinando noventa y cuatro observaciones recogidas con el mayor cuidado en la clínica de Louis, y en las que se hicieron todas las investigaciones posibles acerca de la invasion de la enfermedad, solo he encontrado que se hubiesen presentado fenómenos nerviosos en un corto número de casos (siete ó algo menos de la duodécima parte). Si se agregan algunos casos en que hubo al

(1) *Researches into the causes*, etc.; *of the diseases of India*.

mismo tiempo anorexia y náuseas, el número asciende solo á diez ó á una novena parte sobre poco mas ó menos. Considerados los prodromos nerviosos de esta manera, no tienen como se ve, la importancia que se les ha querido dar.

No sucede lo mismo con los síntomas intestinales; en efecto se han manifestado en muchísimos casos, puesto que treinta y dos sugetos los presentaron muchos dias antes que los vómitos abundantes, las cámaras serosas, los calambres, etc., anunciasen la invasion violenta del cólera; pero aun se duda si en estos casos se deben mirar como precursores los síntomas que acabo de indicar. ¿Existe ya aqui una invasion de los síntomas coléricos poco desarrollados, ó bien una diarrea comun que precede al cólera sin formar parte de él?

No se puede menos de admitir que estos síntomas corresponden á la misma enfermedad cuando van acompañados de otros síntomas característicos del cólera, tales como calambres, los vómitos, las náuseas, etc., ó cuando estos últimos sobrevienen muy poco tiempo despues.

Muchas veces se vió, y principalmente á poco de empezar la epidemia, persistir durante un espacio de tiempo que variaba de dos á diez, doce y aun quince dias una diarrea moderada, y cierto grado de debilidad y anorexia antes que se manifestasen los síntomas violentos del cólera. Este estado es al que se ha dado el nombre de *colerina*, que á veces se ha visto que se disipaba espontáneamente, y que otras veces ha sido combatido felizmente con medios muy sencillos. Hay corto número de casos en que los síntomas que se pueden considerar como prodromos tienen algo de especial; asi es que en cinco sugetos he visto preceder muchos dias al cólera, un *simple malestar* ó un *cansancio* bien manifiesto pero sin presentar ningun carácter particular. En dos enfermos existia esta sensacion de cansancio sin haber otro síntoma; otro esperimentaba al mismo tiempo un poco de cefalalgia, otro anorexia, y el último solo sentia un malestar indefinible. En otros dos casos hubo de notable que existia solo la anorexia sin ninguna otra cosa particular.

He creido que debia indicar estas particularidades, porque parece que se han ocultado á los autores, ó mas bien que las confundieron en sus descripciones con los fenómenos mencionados mas arriba, y tambien porque prueban que en una epidemia co-

mo el cólera, la menor señal de indisposicion debe escitar la solicitud del médico.

Es tanto mas necesario tener presente esta reflexion, cuanto que si la mayor parte de los sugetos se han visto obligados por estos fenómenos que se han mirado como precursores á abandonar su trabajo diario, hay algunos que á pesar de la diarrea y de los dolores cólicos, no han suspendido sus ocupaciones habituales, y aun algunas veces han conservado bastante apetito para no dejar de tomar alimentos, aunque la diarrea aumentase casi siempre de un modo notable despues de las comidas.

El doctor Gossement (1) ha observado que los que iban á ser atacados del cólera tenian la *córnea empañada*, *opaca y de color de pergamino*, lo que es para él un *signo precursor* precioso que le ha permitido evitar el mal; observacion que merece comprobarse.

Sea que hayan existido estos síntomas ó hayan faltado, que es lo que sucedió en los mas de los casos que he analizado, la *invasion* manifiesta de la enfermedad se presenta con caracteres bastante uniformes. Efectivamente, casi siempre abre la marcha la *diarrea*, con ó sin dolores cólicos, pues de noventa y cuatro casos se presentó asi en ochenta y siete, y aun es preciso añadir que no tardó en aparecer en algunos de los otros la diarrea. Si esta existia ya, se hacia de pronto mucho mas abundante y anunciaba que se habia agravado la enfermedad. No es tampoco raro ver que sobrevenga esta diarrea *sin dolores cólicos;* pues en efecto, estos no se han observado al principio mas que en treinta y tres casos, y aun por lo general fueron moderados; por último, los borborismos, en algunos pocos casos, un poco de cefalalgia en algunos sugetos (once), los zumbidos de oidos ó aturdimientos, y cierta debilidad que solo en algunas circunstancias llega á ser mucha, los calambres rara vez violentos principalmente en los pies y en las pantorrillas, una debilidad mas ó menos notable de la voz en un reducido número de casos (quince para los calambres y nueve para la debilidad de la voz), y en fin, algunas veces escalofrios (ocho veces) completan con los vómitos de que vamos á hablar el cuadro de esta invasion.

En cuanto á los *vómitos* es necesario decir dos palabras por

(1) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, enero de 1848.

separado. En cierto número de casos (veintitres) vienen al mismo tiempo que la diarrea, y entonces constituyen uno de los síntomas mas importantes de la invasion; pero por lo general aparecen mas ó menos tiempo despues (algunas horas á uno ó muchos dias) despues de los fenómenos que acaban de indicarse. Algunas veces se observan desde el principio náuseas seguidas de vómitos al cabo de una ó muchas horas.

No es frecuente ver que empieza la enfermedad de un modo brusco, es decir, que se anuncia *repentinamente* por el conjunto de síntomas que se acaban de enumerar; pero muchas veces se suceden estos síntomas con tal rapidez, que al cabo de algunas horas llega la enfermedad á su mas alto grado de intensidad, que es lo que se ha observado ordinariamente en los primeros tiempos de las epidemias cuya historia tenemos. Sin embargo, en 1849 no aconteció asi, porque solo se manifestaron estos casos que se hacian graves con tanta rapidez hácia la mitad de la epidemia. Tambien se han visto sugetos que con ó sin haber un malestar precursor, son acometidos de vómitos abundantes, de diarrea casi continua, de calambres y enfriamiento, sucumbiendo en una ó dos horas, que es lo que podemos llamar *cólera fulminante;* pero repito, los casos de este género son muy raros.

2.° *Síntomas.* Para describir los síntomas es absolutamente necesario dividir la enfermedad en período álgido y período de reaccion.

Período álgido. La *diarrea*, que hemos dicho que habia desde el principio, persiste casi siempre en este período. Efectivamente es muy raro que si por los medios apropiados se ha llegado á detenerla completamente, no se siga una pronta mejoría en los síntomas; sin embargo, esto no es imposible, porque de veinticinco casos en que se ha notado con cuidado el estado de las cámaras, hallo que dos veces la diarrea serosomucosa muy abundante en un principio, se suprimió completamente en el período álgido, sin que por eso cesasen los síntomas de progresar y sin que la muerte haya sido su consecuencia.

Al principio de este período, las deposiciones han sido por lo comun muy frecuentes sobre todo si no se ha hecho algo para disminuir su cantidad: los enfermos han hecho de diez á quince, veinte ó mas evacuaciones en las veinticuatro horas. Estas se hallan compuestas de un líquido acuoso, que presenta á veces un

ligero color amarillo y el olor de las materias fecales; pero las mas veces son blanquecinas, agrisadas, turbias como el agua en que por mucho tiempo hierve gran cantidad de arroz, y entonces han perdido del todo ó casi completamente el olor fecal. Es muy raro que las deyecciones sean involuntarias al principio de este período.

En una época mas avanzada rara vez son las deposiciones tan frecuentes, lo que sin duda depende de los medios usados para combatir la enfermedad. En ciertos casos tambien se ven aparecer de nuevo algunas materias fecales, lo que es sin embargo muy poco comun, puesto que solo se notó en un enfermo en las observaciones que he reunido. Tambien se ve algunas veces que suprimidas las evacuaciones en un principio, vuelven á aparecer de nuevo con el aspecto característico que he indicado.

Por último, al declinar este período varía segun los casos el estado de las cosas. En muchos sugetos, y principalmente en aquellos que deben curarse, ó que marchan hácia el período de reaccion, se hacen menos repetidas las deyecciones, toman mas consistencia y presentan el olor fecal ó se suprimen; al paso que en otros aumentan tanto su frecuencia que llegan á ser casi contínuas y aun *involuntarias*. Este último síntoma que se ha notado tres veces en las observaciones mencionadas, sobreviene casi siempre en sugetos que deben sucumbir.

A mediados y al fin de este período no cambia visiblemente de naturaleza el líquido arrojado en las deyecciones; pero entonces es cuando principalmente se ven nadar en este líquido unos *pequeños copos mucosos*, que algunos presentan el aspecto del arroz bien cocido y mas ó menos deshecho, circunstancia que han notado con cuidado todos los autores. En algunos pocos casos se ve mayor ó menor cantidad de moco reunido en el fondo del vaso donde tambien se precipitan los copos. En un caso que tengo á la vista, las materias arrojadas por la cámara tenian un *color de hez de vino* muy marcado, aspecto que tambien han notado algunos autores, y que encontraremos cuando tengamos que hacer la descripcion del líquido contenido en los intestinos despues de la muerte.

En la última epidemia se ha hablado mucho de ciertos *corpúsculos particulares* que se han hallado en las deyecciones de los coléricos. La comision del cólera nombrada por el colegio de

médicos de Lóndres ha demostrado la escasa importancia de estos corpúsculos, comprobando su existencia en otras muchas enfermedades del todo diferentes.

El doctor Pontchet ha encontrado en las cámaras de los coléricos el *vibrio rugula*, animal microscópico que Leuwenhoeck habia ya indicado que existia en las deyecciones alvinas de los enfermos de disenteria.

Habiendo examinado Andral (1) las deyecciones y la sangre de los coléricos, se ha observado lo siguiente:

1.° La materia blanca que llena los intestinos de estos últimos, no es una parte de la sangre misma como se ha repetido con frecuencia, pues no se encuentra en ella ni albúmina ni fibrina; 2.° esta materia no es otra cosa que moco segregado de repente en gran cantidad y modificado por lo tanto en sus cualidades; 3.° el carácter microscópico esencial de esta materia es la existencia en su seno de un considerable número de glóbulos con núcleos, perfectamente semejantes por su aspecto á los glóbulos que se encuentran en el pus, aunque esta materia bajo ningun aspecto en nada se parece á este producto morboso; 4.° el exámen de la sangre de los coléricos manifiesta que la albúmina del suero se mantiene en él en su proporcion normal; 5.° no se puede admitir la teoría que atribuye los síntomas del período de cianosis del cólera á un cambio de composicion de la sangre que habria esperimentado á consecuencia de una grande y repentina pérdida de su suero.

Becquerel (2) ha obtenido resultados diferentes, pues de los esperimentos que ha hecho sobre esta materia ha podido deducir las conclusiones siguientes:

«La análisis de los vómitos hace considerarlos como constituidos por el suero de la sangre, dilatado en una cantidad variable de agua, pero por lo comun muy considerable.»

«En medio de este suero dilatado nada la albúmina coagulada, cuyos tenues fragmentos se hallan unidos y aglomerados por una pequeña cantidad de moco.»

(1) *Nature du liquid. sécr. par la memb. muq. des int. dans le choléra. Nota leida á la Acad. de Ciencias*, agosto de 1847. Compárese *Bulletin de l' Acad. de méd.*, 1849; t. XIV, p. 666 y 674.

(2) *Notes sur quelques analyses du sang, des vomissements*, etc. Compte rendu des séances de la *Soc. méd. des hôp.; Union médicale*, 6 de setiembre de 1849.

El autor señala todavía como resultados importantes de sus análisis:

«1.° La albúmina en solucion.

»2.° La albúmina coagulada que da á las materias de los vómitos de los coléricos el aspecto del agua de arroz.

»3.° La mayor abundancia de estas dos albúminas en una época mas cercana á la invasion.

»4.° La existencia de una cantidad notable de cloruro de sodio, cantidad que es casi triple de la que hay en la sangre, si se prescinde por un instante del agua, y si no se considera al cloruro de sodio sino relativamente á las partes sólidas de los vómitos.

»5.° En fin, en la acidez de los vómitos.»

El cuadro relativo á las evacuaciones alvinas contiene cuatro análisis, y las conclusiones deducidas tienen grande analogía con las relativas á los vómitos.

«Es un agua ligeramente albuminosa que contiene además de la albúmina en solucion, una cantidad variable de albúmina coagulada unida á un poco de moco.

»Esta agua albuminosa es por lo general neutra ó ligeramente alcalina, y contiene igualmente una cantidad relativamente bastante considerable de cloruro de sodio.»

No me corresponde fallar entre estos resultados contradictorios, pues esto solo puede resolverse por esperimentos ulteriores.

Cuando son muy frecuentes las deposiciones, es tan imperiosa la necesidad de espelerlas, que los enfermos no pueden esperar un instante y las arrojan sin que por eso sean involuntarias. A veces tambien bastan los esfuerzos producidos por los vómitos para determinar la espulsion de las deposiciones liquidas.

Los *dolores cólicos* que hemos visto faltan con frecuencia al principio, estan lejos de ser constantes en este período, y sobre todo persisten durante toda la enfermedad. Solo sucede asi en una tercera parte de los atacados; en los demás ó bien nunca hay dolores, lo que es raro, ó bien despues de haberse manifestado al principio de este período cesan muy pronto para no volver á presentarse. No obstante, vi en dos casos que los dolores de vientre que hasta entonces no se habian ma-

nifestado, volvieron al fin de la enfermedad y algunas horas antes de la muerte.

Los *borborigmos*, los *ruidos de tripas*, ya espontáneos, ya producidos por la presion sobre el vientre, acompañan igualmente á las deposiciones líquidas en un número bastante limitado de casos.

Como ya se ha dicho, no tardan en agregarse los vómitos á los síntomas precedentes, presentándose en muchos casos al principio de este período. En efecto, de veintinueve observaciones muy exactas que tengo á la vista, han sido al principio unas veces raros (nueve veces), y otras frecuentes (tambien nueve veces), pero siempre con caracteres análogos. La materia de los vómitos es un líquido blanquecino, amarillo-verdoso, agrisado, ordinariamente turbio, que contiene frecuentemente copos mucosos semejantes á los que se han descrito en las deyecciones alvinas. Sin embargo, algunas veces se los ha visto compuestos de alimentos mal digeridos ó de bebidas; pero entonces casi siempre se han seguido inmediatamente los vómitos característicos que acabo de indicar.

Mas adelante, es decir, hácia la mitad de este período, se manifiestan los vómitos mas rara vez. Efectivamente, solo se notaron trece veces, lo que sin duda es debido á los medios terapeúticos usados; pero en algunos casos presentan caracteres nuevos que merecen mencionarse. Asi es que en tres sugetos estaban compuestos de una materia amarilloverdosa, amarga, y por consiguiente contenian cierta cantidad de *bilis;* en fin, en otro promovia el vómito la ingestion de las bebidas, lo que no sucedia al principio de la enfermedad.

Por último, cuando este período toca á su terminacion, ya que los enfermos deban sucumbir ó ya que deban curar, es mucho mas raro observar los vómitos. En efecto, solo se presentaron en siete casos (en tres muy frecuentes y en cuatro muy raros). Pero los efectos mas que probables del tratamiento empleado, no nos permiten decir si esta es una tendencia natural de la enfermedad, ó si los vómitos se han suspendido solo por los medios terapeúticos. Los vómitos amargos y biliosos han aparecido aun dos veces en la declinacion de este período.

Ya he dicho anteriormente que eran frecuentes los vómi-

tos, sobre todo al principio del período ciánico. En algunos sugetos era estremada esta frecuencia, de suerte que no hacian mas que tomar las bebidas y arrojarlas por la boca y el ano. En algunos tambien producen una grande angustia, y en todos es uno de los síntomas mas incómodos, y que es causa de que los enfermos hagan las mas vivas instancias para verse libres de él.

Ya hemos visto al hablar de la invasion, que á veces se hallaba el *apetito* perdido ó disminuido muchos dias antes de que apareciesen los síntomas violentos del cólera; pero en el mayor número de casos, solo en el momento en que sobrevienen los síntomas característicos es cuando se observa la *anorexia.* Entonces casi todos los enfermos se privan voluntariamente de alimentos, ó si los toman es con mas ó menos repugnancia. Sin embargo, de treinta y seis casos en que se ha averiguado si existia este síntoma, en cuatro se conservó en parte el apetito, y hasta en el principio del período algido. Es verdad que no tardó en aparecer la anorexia, y en todos los demás se habia perdido completamente el apetito en una época poco avanzada de este período. Por el contrario, la *sed* casi siempre es viva, y á veces tan imperiosa, que á pesar de las náuseas y vómitos que escita la ingestion de las bebidas, los enfermos no pueden abstenerse de satisfacerla. Con todo, en una sesta parte de los sugetos cuyas observaciones he analizado, la sed fue ligera hasta la mitad de este período, y por otro lado en algunos se ha hecho viva hácia el fin; al paso que en un corto número ha perdido su intensidad, aunque los demás síntomas no hayan esperimentado la menor novedad en su curso.

Se ha dicho que los enfermos tenian en el cólera *deseo marcado de tomar bebidas frias* y aun de *bebidas frias y acídulas.* Sin embargo, este síntoma no es ni con mucho tan constante como se ha pretendido. Solo seis sugetos tuvieron al principio de este período un vivo deseo de bebidas frias, y otros tres las pedian frias y acídulas, y todos ellos padecian una sed intensa; mas otros seis pedian por el contrario bebidas calientes ó tibias, y entre ellos solo dos tenian una sed algo viva. En la mitad del segundo período hubo pocas modificaciones. En efecto, todo lo que hallamos es que uno de los sugetos que pedia bebidas frias, manifestó un vivo deseo de tomarlas calientes; pero conservando la

misma sed hasta el instante de morir, y que otros dos vomitaban las bebidas calientes y frias apenas las tomaban. Por consiguiente, como acabamos de ver, la sed es un síntoma importante, aunque no constante, y el deseo de las bebidas frias y ácidas lo es mucho menos.

El *estado de la lengua* merece que nos detengamos un instante, á causa de las consecuencias que se han querido deducir de él. Rara vez está seca la lengua en el curso de este período; pues solo ha estado asi en cinco sugetos entre treinta seis, y aun no siempre se halló en este estado, pues ha presentado por momentos un grado de humedad notable. Ya veremos mas adelante que no sucede lo mismo durante el curso del período de reaccion.

La lengua está por lo comun *fresca* ó *fria* y húmeda, y lo está tanto mas cuanto mas se acercan los enfermos á una terminacion fatal. Cuando empieza el período de reaccion, se manifiesta el calor en la lengua como en las demás partes del cuerpo, y está por lo regular de *color lívido* ó *morado* á lo menos en algunas de sus partes, particularmente en su contorno; pues no es raro ver que conserva el centro de ella hasta el útimo momento un color blanco ó amarillento.

Cuando los enfermos estan sumergidos en una especie de entorpecimiento considerable, no pueden *sacar completamente* la lengua, lo que sucede principalmente hácia el fin de la enfermedad; por lo tanto es manifiesto que no hay ninguno de los signos que se han querido considerar como propios del estado de la inflamacion del estómago.

A veces presenta el *epigastrio dolores espontáneos* mas ó menos vivos, que los enfermos comparan á los retortijones de tripas, y que algunas veces se los ve propagarse al costado, á la espalda y al hipogástrio. Mas rara vez aun hay dolor á la presion, y este dolor es por lo general ligero; pero lo mas notable es una sensacion de *opresion* que hay en el epigastrio, y acerca de la cual volveré á hablar al tratar de los fenómenos de la respiracion. Por el contrario, en bastantes sugetos no hay ni dolor espontáneo, ni dolor á la presion.

Se sienten en el *vientre* dolores semejantes; pero en un corto número de enfermos estos dolores que propiamente hablando no son dolores cólicos, consisten en una sensacion de

peso y *constriccion* en el hipogastrio y los vacíos. Casi siempre son poco intensos; sin embargo, en algunos enfermos, cuyas observaciones tengo á la vista, fueron bastante violentos para hacerles dar gritos. No cabe duda que en algunos casos estos dolores eran verdaderos calambres. Ya volveré á hablar de este punto cuando trate de estos últimos síntomas. En fin, las mas veces el vientre está completamente indolente.

Es muy raro que al principio de la enfermedad haya *meteorismo*, ni aun pequeño; pues entonces el vientre está mas bien *retraido* y duro, de suerte que parece que sus paredes se retiran hácia la columna vertebral, que es lo que se ha observado en una tercera parte de los casos sobre poco mas ó menos, en las diversas épocas de este período. En los demás enfermos el vientre estaba indolente y conservaba su configuracion natural.

La *presion ejercida en el vientre* producia como la del epigastrio, un dolor poco intenso, en un corto número de casos; pero lo que hay de notable es que en algunos sugetos se aumentó mucho la opresion, aun comprimiendo el vientre con suavidad.

Tambien se ha observado un *hipo* muy molesto, pero en muchos menos casos que lo que han dicho algunos autores.

Un fenómeno no menos digno de notarse que los que se acaban de indicar es la *supresion* ó la *disminucion notable de la orina*. En muchos sugetos se observó esta supresion ó disminucion visible desde el principio de la enfermedad; pero cuando mas principalmente se manifiesta este fenómeno es durante el período álgido. Es raro que la orina continúe siendo *natural* durante el curso de la afeccion, pues solo se ha notado este hecho en cuatro casos entre todos los que hemos mencionado; sin embargo, estos cuatro casos merecen notarse, puesto que prueban que la supresion de la orina no es un síntoma tan constante como algunos autores han pretendido. En todos los demás *disminuyó considerablemente*, verificándose su emision rara vez y en corta cantidad, ó se *suprimió completamente*.

En un corto número de enfermos, despues de haberse disminuido ó suprimido la orina, *volvió á aparecer* en abundancia hácia la mitad de este período para suprimirse en seguida hácia el fin, y uno de los sugetos cuya observacion tengo á la vista, presentó de notable que aun cuando no hubo emision de orina, le atormentaban frecuentes ganas de orinar. En dos

casos llegó á salir la orina *involuntariamente* hácia el fin de la enfermedad. En uno de ellos habia sido natural hasta entonces, y en el otro se habia suprimido.

A los síntomas que acabamos de describir acompañan algunos *fenómenos nerviosos* muy notables, entre los cuales el mas principal consiste en los *calambres*, que dan á esta enfermedad un carácter particular. Cuando es muy violenta la afeccion, se manifiestan desde su principio; pero en los demás casos no aparecen hasta pasada una hora, y aun tres cuatro ó cinco dias; pero estos últimos casos son raros.

Aunque los calambres son por lo comun *muy violentos*, algunas veces se los observa *moderados* al principio de este período. Cuando son escesivamente violentos invaden rápidamente ya á todos los miembros, ya á todo el cuerpo. En los demás casos empiezan, bien en las pantorrillas, bien en los pies, para estenderse en seguida á los miembros superiores, y en ocasiones al epigastrio y aun á todo el abdomen. Bajo la influencia de los calambres se ve que se abultan y endurecen notablemente los músculos, presenta el abdomen abolladuras que ocupan principalmente el músculo recto y sobreviene una viva ansiedad. Ya veremos mas adelante que son tan grandes estas angustias y esta ansiedad, que sacan al enfermo del mas profundo sopor.

Es bastante raro ver que persistan los calambres con la misma violencia durante el período de que se trata; por lo general disminuyen á medida que se aproxima el término fatal, de ese momento al que Gendrin ha llamado *período asfíxico* ó bien *período de reaccion*. En siete casos se suprimieron completamente los calambres en medio de este período, y no por una simple coincidencia; pues lo que lo prueba es que en otros dos desaparecieron completamente al fin, y en tres disminuyeron notablemente de violencia. Solo en un enfermo, despues de haberse suprimido á la mitad del período, han vuelto á presentarse con mediana intensidad poco antes de la muerte.

La *cefalalgia* es un síntoma sobre el cual se ha insistido mucho: sin embargo, de treinta y seis sugetos solo once se quejaron de dolor de cabeza, que no era intenso mas que en tres. Dos de ellos manifestaron que el dolor ocupaba la region frontal. La cefalalgia es tambien un fenómeno que caracteriza prin-

cipalmente el principio de este período. Solo en cinco sugetos ha persistido hasta el fin, siendo poco fuerte en uno, y disminuyendo notablemente en los demás. Ya encontraremos otra vez este síntoma en el período de reaccion.

Tambien merece sea examinado el estado de los *sentidos*. Por lo comun no se observan ni *vértigos*, ni *aturdimientos*, y si se puede mirar á estos síntomas como se ha dicho, en cierto número de casos, como fenómenos precursores, no es menos cierto tambien que se disipan muy pronto.

El estado de la *vista* tiene por el contrario, en cierto número de casos, algo de particular; á veces está oscurecida desde el principio, y lo está con mucha mas frecuencia durante el curso del período álgido. En efecto, este síntoma se ha manifestado en diez casos de treinta y seis enfermos cuyas observaciones analizo ahora. En la mayor parte ha persistido hasta el fin del período; sin embargo, en dos la vista recobró su integridad hácia el fin, y en otros dos tambien, despues de haberse conservado intacta, se ha oscurecido notablemente. Tres enfermos presentaron un fenómeno singular; el uno veia los objetos de color azul; el otro negros ó encarnados, y el tercero tenia una verdadera *diplopia*, fenómenos parecidos á los que han referido todos los autores.

En cuanto al *oido*, siempre ha permanecido fino, y si no respondian prontamente los enfermos, era á causa de estar soporosos, y no porque hubiese cierto grado de sordera, porque en cuanto cesaba el sopor se veia que el oido habia conservado toda su finura. Sin embargo, se lee en los autores que la sordera es un síntoma del cólera; pero sin duda solo se han tenido presentes casos escepcionales. Algunos sugetos (seis) tuvieron *silbidos* y *zumbido de oidos*, y este fenómeno ha persistido desde el principio de este período hasta el fin.

Es imposible que síntomas tales como los que se acaban de describir no produzcan un *malestar* mas ó menos notable; algunas veces este llegó á producir tan vivas angustias en un pequeño número de casos que los enfermos deseaban la muerte, que es lo que se verificó tambien en una muger cuya observacion tengo á la vista. Al mismo tiempo se nota una agitacion mas ó menos viva, que por lo general se presenta por momentos. La causa de esta *agitacion* es casi siempre la apari-

cion de los calambres, lo que no se puede dudar cuando se ha observado á los enfermos sumergidos en el sopor.

Este *sopor* es uno de los fenómenos mas importantes de este período y es casi constante. Rara vez se manifiesta al principio de la enfermedad ó al empezar el período álgido; solo aparece despues que han durado cierto tiempo los primeros síntomas violentos del cólera. Nunca es contínuo, pues casi siempre vienen á interrumpirle calambres violentos. Aunque algunas veces es ligero, es con frecuencia bastante profundo para que los enfermos se muestren insensibles á lo que pasa á su al rededor. Sin embargo, no es muy dificil sacarlos de él, ya con preguntas ya con movimientos. Algunas veces son lentas las respuestas, y se ve que los enfermos vuelven á caer muy pronto en el mismo entorpecimiento. Dos sugetos de aquellos cuyas observaciones he revisado, presentaban un estado digno de llamar la atencion, á saber: una *inmovilidad* completa hácia el fin de este período y poco antes de la muerte.

Lo que hay de mas notable en medio de todos estos síntomas tan graves, es la conservacion de la *inteligencia* en la mayor parte de los enfermos. Solo nueve entre los referidos presentaron bajo este punto de vista algunas alteraciones que no eran notables como vamos á ver. Efectivamente, ninguno de ellos tuvo delirio. Solo dos presentaron un aire de atolondramiento; otro manifestaba una *indiferencia* marcada al fin de la enfermedad; otro tenia en su rostro una espresion de atontamiento, y en los demás no se observaba otra cosa que *lentitud en las respuestas*, de que he hablado ya. Esto era, como se ve, mas bien un abatimiento y una opresion de las facultades intelectuales que una verdadera alteracion. Quizás tambien influia mucho en esta lentitud de las respuestas la fatiga que ocasionaba en los enfermos el interrogatorio que se les hacia.

Es muy raro que esten postradas *las fuerzas* desde la invasion. Al principio de este período han disminuido mas ó menos, pero no hasta el punto de obligar á los enfermos á ponerse en cama, si los demás síntomas no les precisasen á ello; por el contrario, al fin del período estan en algunos sugetos tan debilitadas, que parece ejecutan con dificultad los menores movimientos, y que como hemos visto mas arriba, algunos guardan una completa inmovilidad. Tambien se manifiesta en algu-

nos pocos enfermos una sensacion de *quebrantamiento de los miembros*, aun cuando falten los calambres, y otros esperimentan ya al principio, ya al fin de este período, algunas *lipotimias* pasajeras.

Tambien hallamos fenómenos dignos de notarse en la *respiracion*, pues esta, que es ordinariamente *alta*, *difícil* y en algunas ocasiones *incompleta*, llama las mas veces la atencion por su *frecuencia*; asi es que en los mas de los sugetos en quienes se ha notado este síntoma ha variado el número de inspiraciones de veintiseis á cuarenta. Solo uno presentó una estremada aceleracion, pues tenia hasta cincuenta y dos inspiraciones por minuto. Este estado de la respiracion continuaba casi siempre hasta el fin de este período, y aun algunas veces iba aumentando.

Habiendo el doctor Doyere (1) analizado el *aire espirado* de los coléricos, observó que el ácido carbónico se encuentra en él en proporciones muy inferiores á las del estado normal, proporcion que disminuye á medida que se agrava la enfermedad.

En algunos sugetos se manifiesta cierta *opresion* que se ha notado en diez y ocho enfermos entre treinta y uno. Esta opresion es á veces tan considerable, que constituye para el enfermo el síntoma de que mas se queja. Por lo comun está en relacion con la frecuencia de las inspiraciones; pero algunas veces es grande aunque estas sean poco numerosas, como se observó en un sugeto que solo presentaba diez inspiraciones por minuto, hecho enteramente escepcional.

Esta opresion va ordinariamente progresando hasta la mitad de este período; pero se halla lejos de continuar aumentando hasta el fin en todos los casos.

Igualmente debemos recordar aquí que algunos enfermos se quejaron mucho del aumento de opresion que producia la mas ligera compresion en el epigastrio.

Alguna vez la respiracion es *suspirosa*, mas rara vez parecia *suspendida* por algunos momentos, y estos síntomas están en relacion con la gravedad de la afeccion. Solo uno de los enfermos cuyas observaciones examino, ha presentado un *estertor traqueal* en los últimos momentos de la enfermedad. En

(1) *Séances de l' Acad. des sciences*, 21 de marzo de 1849.

otros se ha oido un *estertor crepitante* ó *subcrepitante* en diversas partes del pecho, y estos signos anunciaban ya la presencia de algunos *tubérculos*, ó bien la invasion de una *pulmonía*.

La *voz* presenta tales alteraciones, que llama no solo la atencion del médico sino de los asistentes. Muy debilitada unas veces desde el principio, lo está constantemente al empezar el período de que se trata. En cierto número de personas (ocho) aparece desde este momento una *afonía* completa ó casi completa, y este síntoma se continúa hasta el fin de dicho período, bien que la enfermedad se termine por la muerte ó bien que sobreviniendo el período de reaccion la voz recobre con mas ó menos prontitud su sonido natural. Cuando solo se halla debilitada, los sonidos son como apagados, y cuando hay afonía se creerá que el *enfermo habla penosamente* en voz baja, y aun algunas veces las palabras parecen como *sopladas*.

No es muy raro ver que la voz aun en los casos en que está muy alterada, recobra por momentos *cierta fuerza* que es lo que se observa principalmente cuando los enfermos dan algunos gritos. La estincion de la voz es por consiguiente debida á la opresion de las funciones respiratorias, opresion que puede vencerse por movimientos enérgicos.

Tambien en la *circulacion* se observan síntomas que son muy graves. Al principio del período el *pulso* es débil, ordinariamente retraido, á veces filiforme, y aun en un corto número de casos imperceptible ó casi imperceptible. Estos caracteres del pulso se manifiestan cada vez mas á medida que aumenta la enfermedad, de suerte que á la mitad del período el pulso es pequeño y miserable, cuando todavía se le puede sentir, y que al fin en casi todos los enfermos no se pueden distinguir las pulsaciones en todos los puntos accesibles de la arteria radial, vaso que casi siempre es fácil de deprimir. En los treinta y seis sugetos de quienes se trata principalmente aqui, solo uno presentó alguna dureza de pulso; en otro hubo de notable que siendo imperceptible en un lado desde el principio de la enfermedad, se continuó sintiendo en el otro hasta el fin de la enfermedad. En el corto número de casos en que el pulso conservó un poco de desarrollo al principio, no tardó en hacerse pequeño y miserable como en los demás.

Es poco comun que se observe cierta desigualdad del pulso

y nunca se ha notado una verdadera irregularidad aun en el período mas avanzado. En cuanto *al número de pulsaciones*, siempre es mayor que en el estado normal; pero por lo comun es poco considerable su frecuencia. Sin embargo, en un sugeto llegó á tener ciento cincuenta y ocho pulsaciones; pero este es un hecho enteramente escepcional. El numero de pulsaciones varía ordinariamente entre setenta y dos y ciento ocho ó ciento diez. La frecuencia continúa siendo casi la misma en todo el curso del período de que hablamos; unas veces se la ve aumentar un poco hácia el fin, y otras al contrario disminuye, no pasando el límite de estas variaciones de una decena de pulsaciones.

Cuando es imperceptible el pulso radial, se pueden sentir todavía las *pulsaciones de la arteria carótida*, que son entonces muy débiles y estan en relacion con la gravedad de los demás síntomas. Lo mismo sucede con los *latidos del corazon*.

La circulacion se halla en este período, y sobre todo en una época bastante avanzada, tan profundamente alterada, que si sangramos á los enfermos, hay ordinariamente *mucha dificultad en hacer correr la sangre*, y á veces no *puede salir absolutamente*. Por el contrario, prenden muy bien las sanguijuelas, á no ser que el enfermo esté próximo á morirse, y el flujo de sangre de las mordeduras es bastante fácil y abundante.

Los autores han descrito con cuidado la *sangre* sacada por la sangría. Está negra, privada de gran parte de su suero, y por lo comun semejante, como se ha dicho, á la jalea de grosella bien cocida. En un caso cuya observacion tengo á la vista, se cubrió de una gruesa costra de apariencia gelatinosa, sin que ninguna inflamacion intercurrente haya venido en la autopsia á esplicar este fenómeno.

El *color* que se manifiesta en las diferentes partes del cuerpo depende evidentemente de este estado de la circulacion. Los enfermos tienen primero las estremidades lívidas y azuladas, despues la cara presenta el mismo color, el cual se advierte sobre todo al rededor de los labios y en la nariz; en fin, el cuello y el pecho se tiñen de azul ó de morado, y algunas veces es tan grande la lividez que todo el cuerpo toma un color subido, como se observó principalmente en uno de los casos que examino, en el que el color general era azul de plombagina.

Al mismo tiempo baja la *temperatura* del cuerpo, las estre-

midades superiores que tienen los enfermos por lo regular fuera de la cama, son las primeras que se ponen frias igualmente que la cara. Esta se enfria principalmente hácia las partes centrales. Mas tarde participan de este enfriamiento las estremidades inferiores. Por último, se observa en ciertos casos un frio general muy marcado, y se nota en una observacion designada con el nombre de *frio gracial;* tambien algunas veces, como ha comprobado Louis, la sensacion de frio esperimentada por el observador era mayor que la que se sentia poniendo la mano sobre la plancha de hierro colocada á la cabecera de la cama del enfermo. Este enfriamiento sigue el curso de los síntomas: cuando por cualesquiera medios se han llegado á contener los vómitos y la diarrea, no es raro ver que recobran el calor momentáneamente, y aun algunas veces supera al del estado normal, para volver á aparecer el frio cuando se reproducen los síntomas intestinales. Se han hecho algunos *esperimentos termométricos* acerca de esta disminucion de la temperatura, y lo que resulta de mas interesante de estos esperimentos, es que entre los casos en que la temperatura descendió bajo diez y nueve grados de Reaumur, no hubo ni un ejemplo de curacion (1).

La *piel* presenta además el fenómeno notable de perder mas ó menos parte de su elasticidad. Si se forma un pliegue en una parte del cuerpo, y principalmente en el cuello, donde es flojo el tejido celular, se ve que se deshace con mucha mas lentitud que en el estado normal, y aun en un caso de los que he examinado, he notado que la piel conservaba la impresion de los dedos, aunque no hubiese ninguna señal de edema.

La *sensibilidad cutánea* está algunas veces notablemente debilitada; asi es que tres sugetos dieron muestras de sentir poco ó ningun dolor, aunque se los pellizcase con fuerza.

La piel no presenta por lo regular una sequedad tan notable como era de esperar despues de evacuaciones serosas tan abundantes. Por el contrario, en cierto número de casos se observa un *mador*, ordinariamente *frio*, á veces viscoso, en la

(1) *Veanse* los interesantes esperimentos de M. Royer, *Comptes rendus des séances de la Soc. médic. des hôpitaux* (*Union médic.*, 1849), y las de Briquet y Mignot (*lug. cit.*).

parte superior del tronco y en los brazos, que es lo que se observó en nueve de los treinta y seis sugetos cuyas observaciones he analizado, y que por consiguiente no es tan constante como pretenden los autores. Nunca se han observado *sudores* muy abundantes en el período de que se trata.

Aunque la sensacion de frialdad que el médico perciba sea considerable, rara vez se quejan los enfermos de esperimentarla tan fuerte. Solo en diez y ocho casos y en una época mas ó menos adelantada de la enfermedad se quejaron del frio que tenian; pero este frio solo fue general é intenso en dos de ellos. En los demás estaba limitado á los pies y á las manos, hacia padecer menos á los enfermos que la mayor parte de los síntomas anteriormente descritos; pero nunca los *escalosfrios* han continuado durante el período álgido.

La *cara* tambien se altera espantosamente; asi es que en estando bastante adelantado este período se ven deprimirse las mejillas, afilarse las facciones, hundirse los ojos, de suerte que en algunos casos queda desconocido un sugeto de la noche á la mañana. Algunas veces se nota en la cara una espresion de dolor violento ó de malestar que coincide con la fuerza de los calambres, ó bien con un abatimiento mas ó menos profundo, signo de una gran debilidad general.

El *hundimiento de los ojos* de que acabo de hablar se presenta en todos los enfermos, y á veces á poco de empezar la enfermedad ó desde la misma invasion. Se ha dicho que este hundimiento va acompañado de un *estado de sequedad notable de la conjuntiva*, de arrugas y *pérdida de la traspariencia de la córnea;* pero los hechos de este género no son ni con mucho los mas comunes, y se ha hecho mal en presentarlos como la espresion de la regla general.

Al principio del período los ojos continuan húmedos, y á veces se ponen lágrimosos; estan brillantes, pero no inyectados como en el período de reaccion. Algunas veces tienen una espresion de languidez que coincide con un alto grado de debilidad. No he visto en las observaciones que se han presentado los *ojos empañados* mas que en un solo sugeto un poco antes de la muerte. En cuanto á las demás particularidades que pueden presentar estos órganos, me bastará decir que estaban contraidos *los párpados* hasta tal punto, que apenas se

podian abrir, y que en otros dos habia una estrechez bastante notable de la *pupila*.

Tal es, segun lo que resulta de observaciones muy exactas, y no de una apreciacion general semejante á la que han dictado la mayor parte de los autores en sus artículos, la descripcion de este período, sin duda el mas terrible de todos, y durante el cual han perecido los mas de los coléricos, en el curso de las epidemias que nos ha dejado la historia. Cuando el enfermo va á sucumbir, se ve que se dificulta de cada vez mas la circulacion, progresa el abatimiento, el sopor y la insensibilidad, y sobreviene la muerte sin grandes trastornos. Estos últimos síntomas notables por el entorpecimiento de la circulacion y de la respiracion, son de los que se ha querido formar un período particular, con el nombre de *período asfíxico*.

3.° *Período de reaccion*. No se debe creer que este período de reaccion forme parte constituyente y esencial del cólera: sin embargo, esto es lo que se pudiera pensar en virtud de la descripcion trazada por los autores; pero si se consultan las observaciones, se ve que en cierto número de casos se termina el período álgido, restableciéndose gradualmente el estado normal, sin que haya en el modo de reanimarse las funciones nada que parezca esceder de los límites regulares. Así pues, el pulso se dilata poco á poco; vuelve el calor natural primero en el tronco y despues en las estremidades y en la cara; la respiracion se hace de cada vez mas fácil, y muy pronto se halla el enfermo completamente curado. Es evidente que no hay aqui ninguna reaccion, y como en la mayor parte de los casos, aun en lo mas fuerte de la epidemia, no sucede siempre asi, se ve que aunque importa mucho conocer este período, no es sin embargo tan inevitable como se ha creido. En 1849 la reaccion ha sido mas constante que en 1832.

Se ha dividido la reaccion en un gran número de especies, segun los síntomas predominantes que la caracterizan: asi pues, los redactores de la *Gaceta médica* de Paris han admitido las *formas* siguientes: *inflamatoria*, *adinámica*, *atáxica* y *comatosa*. Analizando con cuidado los hechos, se ve que estas formas solo son graduaciones que indican mas ó menos gravedad de los fenómenos que de ningun modo cambian su naturaleza. La division admitida por Magendie tiene aun menos importancia, puesto que

no se puede sacar ninguna consecuencia de algun valor respecto á la terminacion probable de la enfermedad; por lo cual no la espondré detalladamente, limitándome á decir algunas palabras mas adelante.

Lo que caracteriza principalmente dicho período de reaccion, es el restablecimiento de la circulacion y del calor. El *pulso*, que por tanto tiempo habia sido filiforme, se dilata con mas ó menos rapidez, y se pone duro y mas frecuente. Si entonces se sangra al enfermo, la sangre corre con facilidad, y se encuentra un *coágulo* que nada en mayor ó menor cantidad de suero, y que está tanto mejor formado cuanto mas dista el principio del período. Gendrin ha observado que el coágulo era poco firme y azulado en cierto número de casos, que sobrenadaba, que se habia aumentado la cantidad de suero, y que existia un coágulo reunido en una sola masa ó en forma de isletas diseminadas.

La *respiracion* se hace mas activa; las inspiraciones son mas completas, y á veces su número es mayor que en el período álgido.

El *calor* vuelve á desarrollarse y aun llega á ser considerable cuando es viva la reaccion. Entonces se ven aparecer sudores en mayor ó menor abundancia, que algunos autores han considerado como críticos, pero que en realidad no han coincidido con una terminacion de la enfermedad mas bien que con otra.

En ciertas ocasiones hay tambien algunos *vómitos amargos*, y mucho mas rara vez algunas deyecciones líquidas; pero las mas veces sobreviene un *estreñimiento* que puede durar muchos dias. Las materias arrojadas recobran completamente el olor fecal. Igualmente se ha notado entonces cierto grado de meteorismo y la espulsion de gases intestinales fétidos.

La *orina* vuelve á su curso, y cuando el movimiento febril es intenso presenta los mismos caracteres que en las calenturas violentas.

El 10 de abril de 1849, Miguel Levy, en una nota leida á la Academia de medicina (1), ha dado á conocer la *presencia de la albúmina en la orina* de los coléricos. Muy poco tiempo des-

(1) *Bulletin de l' Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 671.

pues Rostan confirmó este hecho, que ha sido luego comprobado por todos los médicos, con sola la diferencia de que unos han encontrado siempre la albúmina en la orina de todos los coléricos, y otros solamente en mas ó menos casos. Martin Solon (1) ha hecho notar que esta diferencia dependia de las diversas épocas en que se ha examinado la orina. Cuando se verifica la reaccion y vuelve á aparecer la orina, este líquido contiene albúmina; al cabo de cuarenta y ocho horas desaparece la albúmina y la orina se hace acuosa. Yo he visto la albúmina en mayor abundancia y mas persistente en dos tísicos que murieron del cólera. En algunos casos hay *retencion de orina* mas ó menos duradera.

Al mismo tiempo cambia el *color*, y entonces es cuando se ve que la cara se pone roja, se inyectan los ojos y se observa un *lagrimeo* mas ó menos abundante.

La *cefalalgia* es uno de los fenómenos mas notables de este período, la cual llega á veces á ser muy intensa, y consiste casi siempre en un dolor gravativo general mas marcado en la region frontal.

Por último, un resto de *debilidad*, algun *insomnio* y *agitacion* por la noche, completan estos síntomas, que como se ve solo son el resultado de los esfuerzos hechos por el organismo para volver á las diversas funciones su primera actividad.

No es muy raro ver que se manifiesta cierto grado de calor y un poco de cefalalgia durante el curso del período álgido, que luego ceden su lugar á síntomas semejantes á los que les precedieron, que es lo que se ha llamado *reaccion incompleta*, denominacion poco exacta, puesto que hemos visto en otros seguirse una perfecta curacion á los mismos fenómenos y en el mismo grado.

Cuando los síntomas febriles llegan hasta ocasionar el delirio, la agitacion, el insomnio, etc., se dice que hay *reaccion atáxica ó tifoidea*, principalmente si se observa *los dientes fuliginosos* y la *sequedad de la lengua* que se presenta en semejante caso, como en todas las calenturas violentas; pero es inútil insistir en estos pormenores que no tienen un verdadero valor patológico.

(1) Véase *Séances de la Soc. méd. des hôpitaux* (*Union médicale*, 1849).

Despues de haber durado mas ó menos tiempo, estos síntomas se calman poco á poco, como en las calenturas comunes, ó bien haciendo progresos conducen los enfermos al sepúlcro; entonces es cuando se ven sobrevenir los síntomas atáxicos mencionados mas arriba, los saltos de tendones, el sopor, el coma, y en una palabra, la exageracion de los fenómenos nerviosos que caracterizan este período.

En un gran número de casos no se encuentra para esplicar la aparicion de estos síntomas febriles, nada mas que la violencia de la misma reaccion; pero en otros sobrevienen *inflamaciones* que pueden ser la principal causa del movimiento febril, ó que á lo menos pueden haberle dado la primera impulsion. Estas inflamaciones tienen ordinariamente su asiento en el parénquima pulmonar, pero algunas veces se manifiestan en las membranas cerebrales.

Entre las observaciones que he reunido, se ve igualmente que se presentan cierto grado de *bronquitis*, una *angina* poco grave, una *erisipela* al rededor de las picaduras de las sanguijuelas, *abscesos y úlceras* en los párpados, y se agregan como causas de reaccion á las que hay naturalmente en la enfermedad.

Otras veces se ha observado un *infarto* mas ó menos considerable de las *glándulas parótidas*, *contracturas* de los miembros, ó una *erupcion* que segun los autores del *Compendio de Medicina práctica*, Cullerier la ha comparado á la *alfombrilla*. Sin embargo, en la última epidemia los doctores Briquet, Mignot y Leudet han observado erupciones que no podian referirse todas á la alfombrilla. Efectivamente, pueden aparecer en la superficie de la piel eflorescencias que anuncian el aumento de actividad de la circulacion. Estos fenómenos solo tienen una importancia secundaria.

Se ha observado tambien que al volver los músculos á su estado habitual, presentan á veces contracciones particulares, especies de palpitaciones, lo que ha motivado que Magendie diese á la reaccion que se acompaña de este leve síntoma el nombre de *reaccion fibrilar*.

En las observaciones que he reunido se encuentra un hecho digno de llamar la atencion que debo consignar aqui. En vez de hallarse caracterizado el período de reaccion por síntomas con-

tinuos, se ha manifestado bajo una forma *intermitente* bien marcada; pues habia todos los dias una accesion febril con escalosfrio al principio, que cedió muy pronto al sulfato de quinina.

Muy poco diré acerca de las lesiones que se han considerado como *complicaciones* del cólera. ¿Se podrán mirar como tales la *congestion pulmonar*, las *pleuroneumonías* y las *bronquitis* que sobrevienen durante el curso de esta enfermedad? Esto parecerá dudoso, si se considera que su aparicion está bajo la influencia de síntomas generales enteramente propios del cólera, lo que depende mas bien de simples *lesiones secundarias*. En cuanto á la *gastroenteritis* y á las *afecciones cerebrales* que pueden aparecer en el período de reaccion, son propiamente hablando síntomas de la misma reaccion.

Pero siendo frecuente que el cólera acometa durante el curso de otra afeccion, se ha indagado qué influencia podia tener en el curso de la enfermedad primitiva. Por mí parte debo decir que á pesar del interés que puedan ofrecer muchas observaciones publicadas sobre este particular por Duplay (1), los hechos son todavía insuficientes para que se pueda sacar de ellos ninguna deducion definitiva.

Tal era el estado de la cuestion cuando apareció la primera edicion de esta obra. En la epidemia de 1849 se han hecho las siguientes observaciones: se ha visto que durante el curso del cólera se disipaban hidropesías, á consecuencia de haber sobrevenido copiosas evacuaciones alvinas. Pero no parece que sucede lo mismo con las enfermedades inflamatorias parenquimatosas. En efecto, ya he citado casos en que las pulmonías han persistido y progresado á pesar del cólera, y Gillette ha visto la hepatizacion del pulmon en la autopsia de sugetos que habian sido atacados del cólera durante el curso de una pulmonía. Por el contrario, en enfermedades agudas de la piel desaparecen para volver á presentarse en seguida, de lo que Devergie y Sandras han referido ejemplos notables (2).

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, p. 29.

(2) Véase *La discusion que hubo sobre este pnnto en la Soc. médica de los hosp.*, sesion de 22 de setiembre de 1849, ó *Union médicale*, 2 y 20 de octubre de 1849.

Martin Solon (1) ha visto un caso de albuminuria curado bajo la influencia del cólera.

Sucede tambien con bastante frecuencia despues de las epidemias de cólera, que algunas personas conservan aun gran miedo de contraer esta enfermedad aunque se haya pasado el peligro. A veces tambien resulta de este temor un conjunto de síntomas nerviosos, que Axenfeld (2) ha descrito, segun Beau, con el nombre de *colerofobia*.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del cólera es generalmente rápido, principalmente al principio de las epidemias, cuya circunstancia es digna de atencion porque asemeja las epidemias de cólera á todas las demás epidemias. Sin embargo, no debemos olvidar que ha sucedido lo contrario en la de 1849. Los síntomas de esta enfermedad tienen un curso contínuo, rara vez interrumpido por alivios pasajeros, sobre todo en el período álgido. La aparicion de las evacuaciones abundantes es casi siempre la primera señal, y muy poco despues sobrevienen los síntomas nerviosos y los trastornos de la respiracion y de la circulacion que son su consecuencia.

En cuanto á la *duracion*, hallamos datos muy interesantes en el *informe de la comision* (3). La duracion varía por lo comun entre algunas horas y uno ó dos dias; sin embargo, no es todavía raro que se prolongue durante cuatro, cinco, ocho y diez dias; pero esta duracion está subordinada á la época de la epidemia en que son atacados los enfermos: asi es que á la invasion de la epidemia y al principio de las *recrudescencias*, es por lo general mucho mas corta. Si se quisieren mas pormenores sobre este particular se encontrarán en el informe que acabo de citar.

No se puede convenir con Gendrin en que la enfermedad

(1) *Gaz. des hôp*, 1849.
(2) *Union médicale*, 22 de noviembre de 1849.
(3). *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris;* Paris, 1834.

se termine siempre por *crisis* ó por *metástasis*. Ni aun existen hechos que prueben que los fenómenos á que se ha dado el nombre de *críticos* lo merecen realmente. En cuanto á las metástasis, está todavía menos probado, si es que son posibles.

Como he dicho anteriormente en el período álgido es en el que con mas frecuencia se termina la enfermedad por la muerte. Asi pues, no es raro, despues que se han disipado los principales síntomas, ver que persisten durante mas ó menos tiempo fenómenos variables y á veces muy incómodos. Estos unas veces consisten en síntomas nerviosos, tales como agitacion, ensueños por la noche, cierto grado de insomnio, una cavilosidad mayor ó menor acerca del estado de su salud, y otras veces en trastornos digestivos, como la disminucion del apetito, y el estreñimiento, y algunas veces en dolores de estómago, verdaderas gastralgias, que segun Barras, serian como se ha dicho ya (artículo *Gastralgia*) muchísimo mas frecuentes durante el cólera.

Se ha visto que estos síntomas persistian por espacio de mucho tiempo, de suerte que muchos meses despues de su curacion algunos enfermos no habian podido librarse de ellos. A veces ha sucedido que creyéndose curados algunos enfermos, y no conservando sino desarreglos intestinales, volvieron demasiado pronto á sus hábitos, y tuvieron un nuevo ataque de cólera que era una *recaida*. Pero tambien se han visto algunos sugetos en quienes se reprodujeron todos los síntomas despues de una completa curacion. Entonces habia una verdadera *recidiva*. Los casos de este género no son frecuentes.

¿Se deberá decir con algunos autores que hay tanta mas esposicion á contraer el cólera cuánto mas violento ha sido el ataque la primera vez? No hay hechos incontestables que lo prueben, y sin embargo esta es una de aquellas proposiciones que solo debiera ser una consecuencia de una análisis exacta de numerosas observaciones.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las lesiones anatómicas propias del cólera han ocupado mucho á los autores que han escrito sobre esta materia. Apenas

hay particularidades que no hayan sido mencionadas; pero cuando se examinan con cuidado las observaciones, no se tarda en notar que se ha exagerado mucho la importancia de algunas de las alteraciones encontradas despues de la muerte, que se han generalizado demasiado otras muchas, y que algunas han sido mal interpretadas. Principiaremos por esponer las lesiones de las vias digestivas, asiento principal de la enfermedad.

Rara vez se halla el *estómago* aumentado de volúmen de un modo considerable; sin embargo, se le ha visto con doble y aun mayor capacidad en cuatro sugetos entre treinta y cinco, de cuya autopsia tengo á la vista una descripcion muy exacta. Es tambien muy raro que este órgano se halle disminuido de volumen, pues solo se encontraba asi en tres sugetos entre treinta y cinco, y aun es preciso decir que era en una época en que se aproximaban los síntomas de reaccion, y en que por consiguiente cesaba de ser abundante y aun de producirse la exhalacion serosa en las superficies del estómago. En los demas sugetos el estómago tenia su volúmen ordinario ó estaba un poco mas voluminoso.

El estado de este órgano se halla en relacion con la abundancia del líquido que contiene. Rara vez encierra muchos gases: el líquido encontrado en su interior presenta, segun los sugetos, algunas diferencias que merecen notarse. Aunque por lo regular es verde ó verdeamarillento ó gris, algunas veces está rojo ó de color de las heces de vino, fenómeno que han observado muchos autores y que se ha encontrado cinco veces en los sugetos cuyas observaciones tengo á la vista. Este líquido que es algunas veces turbio aunque mas rara vez sin color, corre como el agua en los mas de los sugetos; pero en otros es por el contrario espeso, lo que sin duda depende de la existencia de una sustancia mucosa de que vamos á hablar.

El *moco* ordinariamente poco abundante, se presenta bajo dos formas distintas. Efectivamente, tan pronto se hallan solamente en el líquido algunos copos de color verde blanquecino, ó mas rara vez agrisado y que se asemeja al arroz cocido, como existiendo ó faltando estos copos mucosos se encuentra una sustancia mas ó menos viscosa, por lo comun adherente, en mediana abundancia, y que es dificil de desprender de la mucosa por lavaduras repetidas. Esta sustancia hace á veces muy untuoso el líquido

contenido en el estómago, y algunas veces le asemeja á la clara de huevo. Todo depende de la cantidad de líquido seroso y turbio que existe al mismo tiempo en el estómago.

En una de las observaciones que tengo á la vista, presentaba el líquido un aspecto muy notable, porque se veia en su superficie unos globulitos de gordura liquidada semejante á lo que se llama *ojos* en el caldo. En otro sugeto habia en el estómago una pequeña cantidad de sangre pura, líquida, lo que al parecer no es otra cosa que la exageracion del estado en que hemos encontrado el líquido rojo y de color de heces de vino, habiéndose mezclado en estos últimos casos la sangre exhalada con mayor ó menor cantidad de otra materia. Por último, á pesar de la abundancia de los vómitos se han encontrado, aunque rara vez, alimentos mal digeridos en medio del líquido estomacal.

Los esperimentos químicos hechos sobre este líquido han demostrado que era muy alcalino y que contenia una gran proporcion de albúmina; en una palabra, que contenia los principales elementos del suero de la sangre (1). Ya hemos visto mas arriba el resultado de los esperimentos de Becquerel.

Si ahora examinamos las paredes del estómago, hallaremos que lo que hay mas de notable es su color. En efecto, rara vez se halla la mucosa con su color natural. Ordinariamente tiene un color de rosa lívido ó pálido, ó bien un blanco azulado ya en toda su estension, ya lo que es mucho mas frecuente en uno ó muchos puntos; algunas veces es amarillo ó de color de hollin desleido, ó lo que es mas raro de color de tela de cebolla. Bien se ve que el principal color es el rosado ó lívido. En los casos en que se ha examinado el tejido submucoso, se ha encontrado en él la causa de esta coloracion, en una inyeccion venosa mas ó menos considerable, al paso que la mucosa misma no presentaba vasos desarrollados en su espesor, y únicamente se veia en algunos pocos casos un salpicado rojo medianamente abundante.

Las alteraciones de esta membrana casi no consistian mas que en cierto grado de reblandecimiento y en un amamelonamiento bastante frecuente que ocupaban algunas de las partes de la misma mucosa. El reblandecimiento ocupa casi siempre el fondo mayor del estómago, pero algunas veces se manifiesta poco esten-

(1) *Vease* LASSAIGNE, *Tésis;* París. — HERMANN, *Med. chir. Review.*, 1832, etc.

so en otras regiones. La membrana puede estar tan reblandecida que se desprenda como moco. El sitio que ocupa este reblandecimiento y la falta de cualquiera otra lesion concomitante no permite atribuirla á una inflamacion verdadera.

Tambien se ha encontrado en algunos casos en la mucosa estomacal algunos puntitos prominentes, blanquecinos, bastante parecidos á los que hallaremos en el intestino y en el esófago. Solo una vez se advirtió en las observaciones que voy analizando un engrosamiento algun tanto notable.

Los intestinos delgados presentan por lo comun un poco mas de volúmen, principalmente en los puntos en que existe la mayor acumulacion de líquido, es decir, en la parte inferior del ileon. Es muy raro que este aumento de volúmen sea debido al desarrollo de una cantidad notable de gas; pero casi nunca han presentado doble volúmen. Dalmas en particular ha indicado cierta sensacion producida por el contacto de los intestinos, que hace creer que se toca un cuerpo pastoso; pero este carácter no existe ni con mucho en todos los casos.

Los intestinos presentan esteriormente en el mayor número de casos un color muy subido, principalmente hácia el ileon, color que dentro de poco veremos depende de la mayor ó menor inyeccion de sus paredes.

En su interior contiene un líquido que está como el del estómago, compuesto de dos partes distintas, y que en los mas de los casos se diferencia segun que se examine en la parte superior, media ó inferior del conducto intestinal. Considerado en general en la parte superior, el líquido es agrisado, amarillo, amarilloverdoso ó blanco; algunas veces tiene un color de rosa, y aun un poco rojo y casi nunca lívido. En la segunda parte se hace frecuentemente lívido, toma un color de lila, y á veces hasta azulado; por último, en la tercera parte es mas frecuentemente lívido ó de color de lila, y aun se le ha visto tomar el color de chocolate, lo que se notó en una de las observaciones que tengo á la vista.

La densidad del líquido no es la misma segun que se examina en las tres partes que se acaban de indicar. Asi pues en la primera parte es ordinariamente espeso, de aspecto lechoso, y aun cuando tiene gran fluidez nunca corre como el agua. Por el contrario en la segunda parte, conservando su aspecto turbio

y los colores que se han indicado mas arriba, la materia se hace mucho mas líquida, y tanto que en algunos casos corria como el agua. Finalmente en las últimas partes del conducto intestinal, esta materia es notable en el mayor número de casos por su fluidez, y muchas veces adquiere una trasparencia que no tenia en la primera parte.

La materia mucosa participa de los diversos colores del líquido. Algunas veces es muy marcado el color azulado que presenta; pero otras tiene el de lila, rosa ó rojo, que le da un aspecto particular. Asi como el líquido en que se halla contenido, el moco pierde igualmente, á lo menos en la mayor parte de los casos, su densidad, á medida que se acerca al final del intestino delgado, de suerte que se le ha visto tan líquido como el suero. Además del que se encuentra en estado libre en el líquido intestinal, no es raro encontrar una capa de él mas ó menos adherente á la superficie de la mucosa. En efecto, esto es lo que sucedió en mas de la mitad de los sugetos en que se indagó su estado. En un cadáver habia de notable que se veian un gran número de filamentos mucosos que se reunian en masa y se asemejaban á un paquete de musgo.

Tambien participan las mas veces de los colores indicados mas arriba las partículas mucosas mas ó menos abundantes que se hallan en suspension en el líquido intestinal, y que se parecen por lo comun al arroz bien cocido y deshecho. Esta materia es la que hemos dicho que existe en las deyecciones hechas durante la vida. A veces tambien presentan el aspecto de copos. En un caso el moco formaba en la superficie del intestino una especie de falsa membrana, y en otro se desprendia á manera de filamentos que flotaban en el agua y tenian el aspecto de las *hebrillas* de ciertas raices.

Por último, hay algunos casos en que se han encontrado particularidades notables; asi pues en un sugeto el líquido que era espeso y blanco estaba de tal modo mezclado con burbujas de aire que se parecia á las claras de huevo batidas y cuajadas; particularidad que como todas las de su especie no es de la mayor importancia. Tambien algunas veces se han encontrado lombrices.

En un gran número de casos tiene la superficie interna de los intestinos en sus diversas partes un color corres-

pondiente al de los líquidos contenidos en este órgano. Tambien se observan los colores, lívido, rojo, rosa y negruzco en su última porcion, con mas frecuencia que en ninguna otra parte. No obstante, algunas veces se advierte un color uniforme en toda la estension del conducto intestinal aunque sea diferente el del líquido; asi es que en dos sugetos tenia en todas partes un color azulado, y en otros la superficie interna estaba pálida ó blanca en las tres porciones indicadas mas arriba. En cuanto al color negro solo se le ha observado una vez entre treinta y cinco casos, y únicamente en la parte inferior del intestino; respecto al color rojo uniforme se puede decir que no ha sido mas frecuente.

Casi todos los autores han considerado estos diversos colores como correspondientes á la mucosa misma; pero este es el resultado de un exámen poco atento. En los casos que tengo á la vista es indudable que el color era debido á la inyeccion del tejido submucoso, y á cierto grado de inhibicion ocasionado por la sangre trasudada. En efecto, si se examinaba el tejido submucoso, se encontraba en él una inyeccion á veces uniforme, pero por lo general tanto mas considerable, cuanto mas se aproximaba al ciego. Esta inyeccion, que presentaba en cuanto al color los principales matices espuestos mas arriba, es decir, el rosa lívido, el lívido y el negruzco, llegaba algunas veces á tal punto qué habia una verdadera infiltracion, de lo cual resultaban equímosis manifiestas, y á veces un principio de destruccion del tejido submucoso.

La membrana mucosa se presenta por otra parte casi siempre con su consistencia natural; pues solo dos veces entre treinta y cinco casos veo que se hallaba algo reblandecida en una corta estension. A veces presenta tambien cierto grado de engrosamiento, que por lo general está en relacion con la dilatacion del intestino por los líquidos, que es precisamente lo que se vió en ocho casos de once en que precisamente correspondia el engrosamiento á los puntos mas dilatados. ¿Se deberia atribuir á esta dilatacion el engrosamiento de la mucosa? La corta duracion de la enfermedad pudiera hacer creer á primera vista que esto no era posible; pero la esperiencia ha probado que basta muy poco tiempo para que los órganos huecos, distendidos por líquidos ó por gases, presenten un engro-

samiento mas ó menos notable de sus paredes. Mas bien es de creer que en los casos en que no se ha encontrado coincidencia entre el engrosamiento y la dilatacion, hallándose vaciados los intestinos hácia el fin de la enfermedad, quede un poco de hipertrofia de la mucosa que no tuvo tiempo de disiparse.

Se ha hablado mucho de los folículos aislados que se manifiestan frecuentemente en esta afeccion; pero esperaré para hacer mencion de ellos á haber descrito el estado de los intestinos gruesos donde igualmente se encuentran.

Por último, se ha notado que habia úlceras cuya existencia se ha reconocido algunas veces, pero que es una lesion que carece de verdadera importancia. Solo en dos casos cuyas observaciones tengo á la vista, se presentaron fuera de las placas de Peyer y sin caracteres particulares. En un sugeto fue bien comprobada la existencia de tubérculos en los pulmones y esplicó esta alteracion; pero en el otro, por desgracia, no se hace mencion del estado de los pulmones.

Las placas de Peyer nunca han presentado verdaderas alteraciones. Resaltando ordinariamente por su color blanco ó agrisado sobre el color del fondo del intestino, conservan su consistencia, y es raro que formen una ligera prominencia que carece de importancia.

Asi como el intestino delgado, el grueso presenta diferencias segun que se examina en su primera, segunda ó tercera porcion; y con mas frecuencia que aquel se halla aumentado de volúmen, y contiene tambien mas veces gases acumulados. Estos gases se observan principalmente cuando principia la reaccion, y Magendie ha visto que su presencia es una señal que manifestaba que la enfermedad tendia á aliviarse. El volúmen del intestino grueso puede duplicarse y aun triplicarse, habiéndose observado este último aumento de volúmen sobre todo cuando ha habido meteorismo durante la vida, y existian gases acumulados despues de la muerte.

El líquido contenido en el intestino grueso es por lo comun mas espeso que el del intestino delgado; sin embargo, en un caso sucedió precisamente lo contrario, las mas veces es fluido como el agua, y continúa siendo asi en todo el resto de la estension del órgano. Por lo regular es turbio, á veces oscuro, lechoso, agrisado, y estos colores se encuentran principal-

mente en el primer tercio del intestino. En el segundo tercio tiene bastantes veces el color de lila, rosa, lívido, de heces de vino, á veces verdoso y aun de color de chocolate, y por último en el recto estas últimas tintas son mas frecuentes todavía; pero no por eso se debe creer que estas divisiones sean exactas, pues solo he querido indicar el aspecto general del líquido, porque unas veces está todo teñido de color de heces de vino, lila, etc., y otras solamente ciertas partes presentan los colores que acabo de indicar.

La materia mucosa descrita al hablar del intestino delgado, se presenta con menos frecuencia en el intestino grueso. Sin embargo, muchas veces se hallan copos mucosos, partículas semejantes al arroz deshecho que nadan en el líquido, y aun en un caso habia una corta cantidad de materia espesa, de aspecto purulento, que llamaba la atencion porque no se encontraba á su nivel ningun signo de inflamacion de la mucosa.

Esta, que se halla con mas frecuencia reblandecida que la del intestino delgado, lo estaba principalmente en el primero y segundo tercio del intestino. Teniendo generalmente un color rosado, lívido, gris, blanco, ceniciento, de lila, morado, etc., se hacia notable por las manchas que se veian frecuentemente en ella y eran rojas, violadas, azuladas, parecidas á equímosis, y otras veces como jaspeadas, y con el aspecto de una arborizacion bastante espesa. En un caso estas manchas eran verdes y en otro parduscas. A su nivel se hallaba muy reblandecida la mucosa, y exhalaba un olor gangrenoso muy marcado. Algunos autores han descrito alteraciones de esta misma especie.

En el intestino grueso es en el que se puede ver fácilmente que el color que presenta la mucosa es debido al estado del tejido submucoso y no á la mucosa misma. Efectivamente, en los casos en que tiene un tinte rojo ó lívido general, hay tambien una inyeccion general del tejido submucoso. Por el contrario, en el tejido submucoso, en donde existen manchas semejantes á equímosis, se hallan placas de infiltracion sanguínea correspondientes, y esto mismo comprueba la existencia de una verdadera equímosis submucosa. En algunos casos está tan infiltrado el tejido submucoso que ha perdido su cohesion, y la membrana mucosa se desprende con mucha facilidad.

He dicho mas arriba que hablaria de las glándulas de Brunner, despues de haber descrito el estado del intestino grueso. Se encuentran principalmente en el intestino delgado, y la primera observacion que se puede hacer es que en las observaciones cuya analisis presento, nunca se han manifestado las glándulas de Brunner en el intestino grueso, sin que hubiese mas ó menos porcion de ellas en el delgado. Mientras que en algunos casos estos folículos son sumamente abundantes y casi confluentes en toda la estension del conducto intestinal, en otros por el contrario, solo se presentan en mayor ó menor número, segun que se examina esta ó la otra parte. En general son mas gruesos y numerosos hácia el fin del ileon y en el ciego, y disminuyen de grosor y número á medida que se alejan de estos dos puntos. Su volúmen varía generalmente entre el de un grano de sémola y uno de mijo; sin embargo, algunas veces son mas gruesos, llegando á tener en ciertos casos raros hasta una línea ó línea y media de diámetro.

Segun Dalmas no se presentan estos folículos asi desarrollados mas que dos veces de cada cinco casos. En las observaciones que tengo á la vista han sido mucho mas frecuentes, porque de treinta y cuatro casos en que se buscaron, se descubrieron en veintinueve. Pero su falta en dichos cinco casos no deja de ser una razon suficiente para no considerar, como lo hacen Nonat y Serres, á esta erupcion como una lesion esencial del cólera. Solo se reconoció diez veces la existencia de estos folículos en el intestino grueso.

El esófago casi no presenta otra cosa de notable que el desarrollo, en un corto número de casos, de algunos folículos mucosos que son en general del volúmen de una cabeza de alfiler, y que se manifiestan principalmente en la parte inferior de este conducto. Sin embargo, en un cadáver se hallaba manifiestamente reblandecida toda la estension de la mucosa esofágica.

Nada presentan de particular las glándulas mesentéricas, como no sea que se hallan algo voluminosas en algunos pocos casos, y á veces de color que variaba del rosa al lívido ó al azulado; pero siempre con su consistencia ordinaria y sin ofrecer verdaderas alteraciones de estructura.

Tampoco el hígado presenta nada digno de observarse, pues escepto cierta congestion en mas de la mitad de los casos, y

rara vez algun reblandecimiento, estaba por lo demás sano bajo todos los otros aspectos. En cuanto á la vejiga de la hiel, contiene comunmente un líquido bastante abundante, medianamente espeso, de un color que varía entre el amarillo turbio al verde oscuro, y que tiene todos los caracteres de la bilis. Sin embargo, en un caso se halló en la vejiga de la hiel una materia flemosa parecida al moco intestinal, de que se ha hablado ya, materia cuya existencia conviene mencionar, como lo han hecho algunos autores y particularmente Bouillaud, quien ha visto en estas mucosidades que se encuentran en muchos órganos en los coléricos alguna cosa específica. En cuanto á la mucosa de la vesícula biliar, ofrece nada de particular como no sea cierto grado de lividez.

Ni el bazo ni el páncreas presentan mas lesiones dignas de notarse. A veces alguna congestion y principalmente en el bazo, y cierto grado de reblandecimiento son las únicas alteraciones ligeras que hemos podido reconocer.

Otro tanto diré de los riñones, que han conservado siempre su consistencia natural, y no presentan sino alguna inyeccion. Sin embargo, en algunos casos se ha encontrado en los cálices y en las pelvis esta materia mucosa que hemos dicho contenian el estómago y los intestinos.

Mas la vejiga de la orina presenta alteraciones muy importantes. Ordinariamente se halla muy retraida y casi nunca tiene su volúmen regular sino cuando sobreviene la muerte durante el período de reaccion. En los demás casos su volúmen no escede de el de una pera mediana, y se encuentra en su interior en vez de orina una materia espesa, blanquecina, turbia, de aspecto oleaginoso ó cremoso, parecida á veces al jarabe de horchata, materia que evidentemente no es otra cosa que moco mas ó menos alterado. En aquellos casos en que por el contrario ha conservado la vejiga su volúmen natural, se halla mayor ó menor cantidad de orina que nada ofrece de notable. Respecto á las paredes de este órgano nunca se las ha hallado verdaderamente alteradas.

Se ha insistido mucho sobre las alteraciones de la sangre en los coléricos, y todos los autores han descrito el estado de este líquido, que en todo el sistema venoso donde se halla en abundancia le hace parecer á la jalea de grosella recocida ó al arro-

pe. Algunos autores, entre otros Dalmas, han llamado la atencion sobre el estado de vacuidad en que se encuentra el sistema arterial, pero esta asercion no es exacta como hace notar Gendrin. Efectivamente, siempre se encuentra en el ventrículo izquierdo del corazon, en la aorta y en las grandes arterias una cantidad de sangre, que si á la verdad no es considerable, no es tampoco muy escasa. Pero sea de esto lo que quiera, el estado de plenitud del sistema venoso es la causa de las congestiones, que como se ha visto dan á los intestinos colores tan notables, y que volveremos á hallar en otros órganos, especialmente en los centros nerviosos. En cualquier punto que examinemos las vias circulatorias, se presenta la sangre con los mismos caracteres: siempre está negra, líquida, sin mas diferencia que tener mayor ó menor cantidad de coágulos pequeños, negros y blandos. Sin embargo, en muchos casos (catorce entre treinta y cinco) se hallan algunos coágulos fibrinosos, pero por lo comun poco considerables, no muy consistentes, y que de ningun modo se pueden comparar con los que existen en las flegmasias con gran movimiento febril. Estos coágulos se observan las mas veces en ambos ventrículos simultáneamente, y se prolongan por una parte en la aorta y por la otra en la arteria pulmonar. Rayer ha notado que, esponiendo al aire la sangre de los coléricos, se oxigenaba mas dificilmente que la de los demás enfermos, lo que depende de la falta de las sustancias salinas, que como es sabido favorecen la oxigenacion. En las observaciones microscópicas que se han hecho sobre este líquido, Hermann ha creido ver los glóbulos de la sangre rasgados en la superficie; pero hallándolos Donné con el mismo aspecto que en el estado sano, le ha parecido notar cierto grado de viscosidad mas marcado que les impide deslizarse fácilmente en el líquido en que nadan; y por último Capitaine los ha encontrado con todos los caracteres del estado normal, por lo cual no insistiré mas sobre este punto. En cuanto á la composicion química de este líquido, materia de que se han ocupado mucho los médicos y los químicos, basta decir que la disminucion de la albúmina, de la fibrina y de las partes constituyentes del suero, y el aumento notable de la materia colorante son los principales caracteres que ha presentado. No obstante, se pueden ver sobre este asunto las observaciones de Andral que hemos citado anteriormente.

El estado del corazon no ofrece cosa alguna que se pueda atribuir al cólera, pues todas las lesiones que ha presentado eran debidas á enfermedades anteriores. Tambien se ha encontrado sano el pericardio, pero contenia con bastante frecuencia (ocho veces) una cantidad de serosidad que variaba desde algunas gotas hasta 60 gramos (2 onzas). Solo una vez presentaba su superficie una ligera viscosidad, fenómeno de que vamos á tratar al hablar del estado de las pleuras.

En el estado de los pulmones se ha querido encontrar alguna cosa propia del cólera. Asi es que el doctor Brown dice que ha visto estos órganos siempre llenos de sangre negra, hepatizados ó esplenizados, al paso que otros médicos han afirmado que los pulmones que estaban de color rojo notable, blandujos y poco crepitantes, tenian muy poca sangre. Estas aserciones son inexactas ó por lo menos muy exageradas. En los treinta y cinco casos cuyo exámen he hecho, se ha presentado diez y seis veces un infarto sanguíneo en las partes mas declives; ocho veces habia una verdadera hepatizacion, caracterizada por la densidad, la pesadez y el aspecto granujiento que presentaba al corte la parte afectada, y solo dos veces esplenizacion. En cuanto al aspecto rojo vivo y á los demás caracteres que he mencionado, solo se han manifestado en cinco casos, de los cuales en dos no existian mas que en un punto limitado de los pulmones, estando los otros mas ó menos infartados, hepatizados ó esplenizados.

Las pleuras que por lo comun estan húmedas y sin acumulacion de serosidad, presentan á veces una viscosidad notable. Si se aplica el dedo á su superficie, lleva consigo cuando se retira, una sustancia glutinosa como la liga. Algunos autores han dicho, pero sin razon, que semejante estado de las grandes superficies serosas (que á veces tambien se encuentra en el peritoneo) nunca ó casi nunca falta en el cólera.

La laringe no presenta nada de notable á no ser en un caso en el que se hallaba como apergaminada la epiglotis, y en otro en que habia en este opérculo cinco ó seis manchas blanquecinas.

La tráquea presentaba en el mismo sugeto unas manchas análogas, y además en algun otro se veia algo violada la mucosa. Bouillaud encontró en los bronquios de un cadáver una

corta cantidad de materia mucosa semejante á la que hemos indicado en otros muchos órganos.

En todos los casos cuya análisis he dado se ha examinado el encéfalo con el mayor cuidado. En mas de la mitad de ellos se halló en la superficie de la dura madre gran abundancia de sangre que indica una inyeccion considerable de los vasos rasgados al separar la porcion superior del cráneo. En todos los demás se encuentra tambien sangre, pero en mediana cantidad, si bien en mayor abundancia que en el estado normal.

Rara vez se halla una cantidad notable de serosidad en la cavidad de la aracnoides, y esto se verificó en dos casos. Por el contrario, es muy raro no hallar una infiltracion subaragnoidea muy notable, y particularmente mas abundante á lo largo de los senos longitudinales, faltando solo en cuatro casos esta infiltracion.

Casi siempre los ventrículos cerebrales contienen una serosidad ordinariamente clara, aunque á veces se halla algo turbia, cuya cantidad varía entre media cucharada de café y 60 gramos (2 onzas) á lo mas.

La piamadre llama tambien en muchos casos la atencion por la inyeccion de sus vasos.

La misma sustancia cerebral no presentaba otra cosa de notable que las diversas alteraciones de color de sus diferentes partes; asi pues se ha hallado la sustancia gris generalmente lívida, de color de lila ó gris mas oscuro que en el estado normal, y en dos casos rosada ó rojiza. Los cuerpos estriados presentan estos mismos matices y en igual proporcion de casos. Pero lo que principalmente interesa comprobar, es que casi siempre este color era uniforme y ocupaba toda la estension de esta sustancia gris, lo que desvanece enteramente la idea de inflamacion. En cuanto á la sustancia blanca, podemos decir que lo mas notable que ofrecia eran porciones jaspeadas de color de lila, irregularmente distribuidas, ó un salpicado de puntitos rojos bastante espesos. La protuberancia cerebral, igualmente que las diversas partes del cerebelo, presentaron en algunos casos cierta lividez. Por lo demás todos estos órganos conservaban en los mas de los cadáveres, bajo los otros aspectos, su estado natural. Era pues evidente que estos diversos colores solo dependian de una inyeccion venosa mas ó menos abundante. En cuanto

á la medula espinal se la ha encontrado enteramente sana en los casos en que se la ha examinado. Baron, citado por Rochoux, dice que encontró en los niños mas consistente la medula que en el estado normal; pero no se ha comprobado este hecho por ninguno de los autores que se han ocupado de hacer investigaciones sobre este punto, y particularmente Rufz no ha visto nada semejante.

Se ha creido encontrar, y Delpech es quien mas principalmente ha defendido esta opinion, la causa del cólera en una lesion del ganglio semilunar; pero examinando este ganglio con el mayor cuidado en todos los casos analizados, ha presentado siempre el volúmen, figura y consistencia naturales, y únicamente se ha observado en el mayor número de cadáveres un color lívido ó rosado, ya general, ya dispuesto en estrías mas ó menos numerosas. El nervio neumogástrico y los ganglios cervicales no han ofrecido ninguna otra alteracion que la mencionada, la que como es fácil de echar de ver, es un simple resultado de la inyeccion.

Por último, conviene hacer mencion del hábito esterior y del estado de los músculos. El enflaquecimiento de los enfermos no ha sido las mas de las veces tan grande como se ha dicho; pero la rigidez cadavérica fue por lo general muy considerable, y se prolongaba bastante tiempo, puesto que aun persistia veinticinco horas despues de la muerte, siendo estremada en las autopsias hechas siete horas despues de morir. Las manchas lívidas que se manifestaban en los muslos y en la cara no ofrecian nada de particular. Pero lo que era mucho mas notable en ciertos casos en que se ha podido hacer la autopsia pocas horas despues de la muerte, es que volvia á desarrollarse cierto grado de calor, de suerte que siete, ocho ó diez horas despues de haber muerto, algunos sugetos presentaban la cara y las manos mas calientes que en el momento de morir, fenómeno que ha sido comprobado muchas veces por todos los médicos que han hecho investigaciones sobre el cólera.

En cuanto á los músculos se ha dicho que en el cólera estaban pegajosos, negros y fáciles de dislacerar; pero en las observaciones que tengo á la vista, y en las que se examinaron los músculos con cuidado, nada se encontró de semejante; asi pues,

es mas que probable que se ha tomado por regla lo que era solo una escepcion.

El doctor Barlow, médico del hospital de Westminster (1), ha visto en un gran número de sugetos que habian muerto del cólera, que sobrevenian contracciones fibrilares de los músculos cierto tiempo despues de la muerte. Algunas veces se contraen músculos enteros, y en un corto número de casos hay movimientos bastante estensos de los miembros y de la cara. Ya el doctor Elliotson habia referido hechos análogos, que no eran desconocidos á algunos médicos que habian observado el cólera en la India, y cuya exactitud han comprobado Briquet y Mignot en muchos cadáveres.

Si ahora echamos una ojeada sobre las alteraciones que acabamos de revisar, vemos que sin contradiccion las mas importantes son: 1.° esta inyeccion general de las venas que produce los diversos colores observados en casi todos los órganos; 2.° el líquido particular encontrado en los intestinos; 3.° el moco alterado ó no, que se encontraba en las diversas cavidades tapizadas por una mucosa, acerca del cual ha insistido muy particularmente Bouillaud, y 4.° el desarrollo de los folículos de Brunner, que sin embargo no tiene la importancia que se le ha querido dar. Hé aqui todo lo que se encuentra para esplicar los violentos síntomas del colera epidémico. ¿Se podrá con estas lesiones llegar á conocer la naturaleza de la enfermedad? Es evidente que no, y por eso omito todas las hipótesis que se han emitido sobre el particular.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Es manifiesto que el diagnóstico de esta afeccion no puede presentar graves dificultades. ¿Se pudiera confundir, por ejemplo, con una simple gastroenteritis? Pero los síntomas leves de esta enfermedad se diferencian de tal modo de los del cólera, que es inútil detenernos mas sobre esta cuestion, y no se puede admitir con Bouillaud que sea posible equivocarse. Otro tanto

(1) Véase *Union médicale*, 15 de noviembre de 1849.

diré de la peritonitis y de la estrangulacion intestinal interna, que no tienen mas de comun con el cólera que los vómitos. En cuanto á la asfixia, ya hemos visto que los síntomas que se pudieran atribuir á esta causa no aparecen sino al fin de período ciánico, es decir, cuando los vómitos y las deyecciones alvinas coléricas han desvanecido todas las dudas acerca de la enfermedad. Por consiguiente, es inútil detenerse mas sobre este punto, y solo quedan el cólera morbo esporádico y los envenenamientos.

El cólera indiano se distingue del *cólera esporádico* por los signos siguientes: En el primero los vómitos se hacen inmediatamente característicos, es decir, que estan compuestos del líquido que hemos descrito anteriormente. No tardan tampoco en manifestarse evacuaciones de la misma naturaleza, y luego aparece el color azul que quita toda posibilidad de errar. Ya se ha visto en la descripcion arriba hecha del cólera esporádico, que los vómitos eran primeramente de materias alimenticias, despues acres y biliosas, que las deposiciones presentaban los mismos caracteres, y que la cara se ponia pálida ó verdosa, pero no azul como en el cólera indiano. Los demas síntomas son comunes á ambas enfermedades; pero en el cólera asiático son por lo general mucho mas violentos, y en particular los calambres son mas fuertes y mas persistentes y la supresion de orina mas completa.

En cuanto á los *envenenamientos*, es sabido que en todos los paises se ha creido al principio que la enfermedad era producida por la ingestion de sustancias tóxicas; pero en todas partes se ha abandonado bien pronto esta creencia, hija de la ignorancia y del terror. En los envenenamientos violentos jamás tienen los vómitos y deyecciones alvinas el aspecto característico de las del cólera: predomina el dolor gastrointestinal, siendo ordinariamente bastante intenso, al paso que en el cólera indiano solo hemos visto que los enfermos se quejan casi esclusivamente de los calambres. En fin, la coloracion azul desvanece todas las dudas.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos del cólera morbo epidémico y del cólera esporádico.*

CÓLERA EPIDÉMICO.	CÓLERA ESPORÁDICO.
Vómitos compuestos de un liquido turbio con copos.	*Vómitos*, primero de sustancias alimenticias, y despues biliosas.
Deyecciones alvinas parecidas á un *cocimiento cargado de arroz*, que tuviese en suspension porciones del mismo grano deshecho.	*Evaciones* alvinas con los mismos caracteres.
Color azul de la piel.	*Palidez* ó *color amarilloverdoso* de la cara.
Los demás *síntomas* son mas violentos y mas persistentes.	Los demás *síntomas* son generalmente menos violentos.

2.° *Signos distintivos del cólera morbo epidémico y de los envenenamientos violentos.*

CÓLERA EPIDÉMICO.	ENVENENAMIENTOS.
Deposiciones y vómitos característicos.	*Vómitos* de materias alimenticias, biliosas, y deposiciones biliosas ó acres.
Dolor ocasionado principalmente por los *calambres*.	*Dolor* causado principalmente por la *inflamacion gastrointestinal*.
Cianosis.	No hay *cianosis*.

Pronóstico. En vista de lo que precede es fácil establecer el pronóstico de esta enfermedad. Es inútil decir que es una de las afecciones mas graves, y aun en los casos en que se anuncia por síntomas ligeros se debe temer una terminacion funesta, y mucho mas en el principio de las epidemias y de las recrudescencias. Sin embargo, no se debe considerar como cierta esta regla, pues la epidemia de 1849 ha venido bajo este punto de

vista á confundir todas las previsiones de la ciencia. Viendo que esta epidemia era benigna al principio y que se prolongaba por mucho tiempo esta benignidad, é imbuidos muchos médicos en la opinion que la mayor violencia de la epidemia es en su principio, se ha creido se podia deducir que no seria grave la de 1849. La esperiencia probó cuán erróneo era este diagnóstico, y desmintió cruelmente una de las leyes mas generalmente admitidas en patologia.

La gravedad de la enfermedad es mucha, sobre todo durante el curso del período álgido, y si en este período el pulso se hace imperceptible, si las evacuaciones de vientre son involuntarias, y hay un sopor profundo con inmovilidad completa, y si la piel no manifiesta sensibilidad aunque se la pellizque, está cercana la muerte. En el período de reaccion que se termina las mas veces por la curacion, la estrema violencia de los síntomas anuncia solo que la enfermedad es sumamente grave. Tal era á lo menos lo que se podia deducir de lo sucedido en la primera epidemia; pero ha probado la segunda que era preciso modificar un poco estas proposiciones, porque la proporcion de la mortalidad en este período de reaccion ha sido mucho mas considerable que en 1832. Asi pues, conviene no apresurarnos jamás á establecer leyes cuando se trata de epidemias.

§. VII.

TRATAMIENTO.

La primera dificultad que se encuentra cuando se pretende esponer el tratamiento del cólera morbo epidémico, es la eleccion entre las diversas medicaciones elogiadas por los diferentes autores. Esperanzados todos en encontrar los medios que mas convienen para combatir esta terrible enfermedad, han recurrido á alguna sustancia particular, de la cual ha resultado una gran confusion. Lo que realmente convendria saber es si hay algun tratamiento especial que tenga una verdadera superioridad sobre todos los demás. Pero al juzgar los autores casi siempre han olvidado comparar los resultados de su tratamiento con los obtenidos con otras medicaciones diferentes, y por otro lado no presentándonos las mas veces la naturaleza

de sus investigaciones mas que grupos de hechos aislados, esta comparacion es muy dificil y aun en muchas ocasiones imposible. De aquí resulta que el médico que quiera formarse una idea acerca del valor de tal ó cual tratamiento, se ve á cada paso detenido por las dudas que se suscitan. En epidemias tan violentas como las que han desolado la Europa, hubiera sido á la verdad dificil hacer una serie de esperimentos bien entendidos que hubiesen podido conducir á un resultado positivo; pero no era al fin una cosa imposible. Si en vez de obrar cada uno aisladamente hubiesen convenido los médicos en emplear cierto número de medicaciones, probablemente no nos hallariamos en el dia en tan gran incertidumbre, y tendriamos resultados estadísticos numerosos de los que se podrian hacer deducciones mas exactas que las que podemos establecer en el estado actual de la ciencia.

Por lo tanto no se espere que vaya á repetir todos los tratamientos que se han usado. Unicamente voy á esponer los principales, y á limitarme á mencionar algunos de los que solo han sido elogiados por sus autores.

Tratamiento del período álgido.

Emisiones sanguíneas. Muchos autores han recomendado las emisiones sanguíneas, y en todos los períodos del cólera. La *sangría general*, que se ha usado algunas veces, ha sido muy elogiada por Blumenthal (1), Cafarelli, Fallot (2), Recamier, Kerckhove (3) y sobre todo por Broussais, quien sin embargo recurria aun con mas frecuencia á la aplicacion de sanguijuelas. ¿Cuál es la verdadera eficacia de este medio? Hé aqui lo que es muy dificil decir. No obstante, ateniéndonos á los hechos conocidos, se puede asegurar que en el período álgido no ha producido felices resultados bien patentes. Por el contrario, en el período de reaccion ha disipado con prontitud la cefalalgia, ha restituido la calma, y en una palabra, ha producido una notable mejoría. Estas mismas reflexiones se aplican al uso de las *sanguijuelas*, á pesar de haberlas alabado tanto como aca-

(1) *Rust 's Mag.*, 1831.
(2) *Gaz. méd.*, agosto y octubre de 1831.
(3) *Cons. sur la nat. et le trait. du chol.*; Anvers, 1833.

bamos de decir. Ya Gravier (1) habia manifestado haber obtenido muy buenos resultados de su aplicacion, cuando este medio fue altamente recomendado en la epidemia de 1832 por Broussais, Bouillaud, Honoré, Gendrin, etc.; se las aconsejaba principalmente para disipar los dolores intensos en la region epigástrica, lo que algunas veces se ha conseguido; pero nunca se ha visto que las sanguijuelas detengan realmente el curso de la enfermedad, á lo menos en el período álgido. En el de reaccion, por el contrario, ha producido el mismo alivio que la sangría. Las ventosas escarificadas que no se han usado comunmente en Francia en esta enfermedad, hubieran producido sin duda el mismo resultado.

1.° *Medicacion interna.*

Escitantes internos. Entre los escitantes administrados al interior hallamos en primer lugar á los *alcohólicos*. Magendie fue quien principalmente encomió los espirituosos en los primeros tiempos de la epidemia de 1832; pero tambien han sido usados por otros muchos médicos. En el período álgido prescribia este autor al principio muchos vasos de *ponche de alcohol*, todo lo mas caliente que podia sufrirle el enfermo, y despues daba todo el dia á cucharadas, ó con intervalos muy cortos, *vino comun caliente* con algunos aromas, *vino de Málaga*, etc. Despues este médico sustituia los alcohólicos por otros escitantes de que hablaré mas adelante. Los demás prácticos ordenaron principalmente el *vino de Málaga* ú otros de esta especie.

Las *preparaciones amoniacales* son en seguida las mas recomendadas entre los escitantes internos, y forman parte de un gran número de pociones que se consideraban como muy á propósito para combatir el período álgido.

La que prescribia Magendie era la siguiente:

℞	Infusion de manzanilla....	2 quilógram.	(℔jv)
	Acetato de amoníaco......	60 gram.	(℥ij)
	Azúcar.................	500 gram.	(℔j)

Andral hacia entrar el acetato de amoníaco en la pocion que sigue:

(1) *Ann. de la méd. phys.*, 1827.

℞	Pocion gomosa...............	120 gram.	(℥jv)
	Acetato de amoniaco.........	4 gram.	(ʒj)
	Sulfato de quinina............	75 centígram.	(15 ℈)
	Eter sulfúrico................	20 gotas.	
	Alcanfor.....................	1 gram.	(20 ℈)

Tambien se ha usado el *carbonato de amoníaco*. Baum recomendaba darle á la dosis de 25 á 40 centígramos (5 á 8 granos) cada dos horas. El doctor Eisenmann habia adoptado este tratamiento (1).

Igualmente se han administrado el *amoníaco líquido* y el *licor amoniacal anisado*, cuya composicion es la siguiente:

℞	Alcohol amoniacal.............	90 gram.	(℥iij)
	Aceite esencial de anís.........	6 gram.	(ʒjß)

El doctor Steffen (2) recomendaba dar el amoníaco á la dosís de 15 á 20 gotas en un cocimiento de harina de avena; y en cuanto á la pocion amoniacal anisada, hé aqui la fórmula del doctor Strohmeyer, que es quien principalmente la ha preconizado:

℞	Licor amoniacal anisado....	āā partes iguales.
	Tintura etérea de valeriana..	
	Aceite de menta piperita....	

Se toman 20 gotas de hora en hora.

Segun Strohmeyer, los enfermos llevaban bien este remedio, cuando habia que abandonar todos los demás, y bajo su influencia se producia muy pronto la reaccion. Tambien se han prescrito otras preparaciones amoniacales, pero seria demasiado largo enumerarlas.

El doctor Jaenichen (3) ha empleado el cloro líquido de la manera siguiente:

℞	Cloro líquido..................	60 gram.	(℥ij)
	Agua destilada................	60 gram.	(℥ij)

Mézclese. Se toma á cucharadas cada dos horas.

Esta pocion se administraba para combatir la cefalalgia y los vértigos.

Entre los demás escitantes internos que han sido alabados, citaré principalmente el *cocimiento de arnica*, recomendado por

(1) *Berliner Chol. Zeit.*, 1832.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1831.
(3) Contour. *Coup d'œil sur le traitement du choléra, etc.* (*Bull. de thér.*, 13 de junio de 1849).

los doctores Breitenbücher (1), Roeser y Reider (2), que le han empleado habitualmente en el período álgido del cólera.

Se han administrado igualmente y elogiado mucho, la *esencia de menta* (de 30 á 40 gotas) en té, el *aceite de nafta* (de 10 á 20 gotas); pero no podemos decir cuál sea la verdadera eficacia de estos medicamentos porque carecemos de suficientes pruebas.

Tambien se ha usado el *café;* en una palabra, se ha recurrido á todas las sustancias que siendo prontamente absorvidas podian reanimar la circulacion.

Antiespasmódicos. No es estraño que se hayan empleado los antiespasmódicos en una afeccion en que son tan violentos los síntomas nerviosos. Asi pues, la lista de estos medicamentos es muy larga y variada.

Con el objeto de calmar los vómitos y los calambres se ha dado el *subnitrato de bismuto*, prescrito por Biett (3) y por el doctor Lefebre, quien le administraba á la dosis de 10 á 15 centígramos (2 á 3 granos) cada dos horas, y por otros muchos médicos.

El *almizcle*, medio usado contra este último síntoma, ha sido propinado por Nissen á la dosis de 25 á 50 centígramos (de 5 á 10 granos), y el doctor Ewert le prescribe á la dosis de 5 centígramos (un grano) cada hora.

Tambien se han usado el *castoreo*, la *tintura de valeriana*, el *espíritu de cuerno de ciervo*, el *óxido de zinc*, el *agua destilada de laurel real*, etc.; pero el *éter* es el que han dado casi todos los médicos como antiespasmódico, ya solo, ya unido á otros medicamentos. Se administra á la dosis de 1 á 2 ó 4 gramos (18 á 36 ó 72 granos) al dia en una infusion de flor de tilo. La pocion siguiente, cuya fórmula es de Schaefer, dará á conocer algunos de estos antiespasmódicos, y la dosis á que se les ha administrado:

℞	Tintura de castóreo...........	ãã 4 gram. (ʒj)
	Tintura de valeriana etérea....	
	Espíritu de cuerno de ciervo sucinado..................	
	Tintura de opio..............	

(1) *Allg. med. Zeit.*, 1832.
(2) *Græfe und Walther's Journ.*
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1832.

Se toma á cucharadas de café cada hora ó cada dos horas.

En fin, se ha llegado hasta administrar el mismo *ácido prúrico*, y el doctor Anderson le ha prescrito particularmente (1). Fauvel ha enviado á la Academia de Medicina (2) una planta, que goza de gran reputacion en Oriente, que es la *stachys anatolica* (*Teucrium polium*, L.) que se cria principalmente en el monte Olimpo. Esta planta que se toma en infusion teiforme, fue ensayada en la Salitrería, pero ha resultado que esta sustancia no tiene otra virtud que la que poseen las plantas escitantes y particularmente el té.

Narcóticos. Hay muy pocas medicaciones en las que no se haya hecho mas ó menos uso de los narcóticos, y principalmente de los opiados. El *opio*, que habia sido empleado ya en la India antes que estallase la epidemia en Europa, se ha prescrito bajo diferentes formas en todos los paises que ha invadido el colera. Interiormente se ha administrado el *estracto de opio* á la dosis de 10, 15 ó 25 centígramos (2, 3 ó 5 granos) y mas al dia; pero las mas veces la frecuencia de los vómitos impide retenerle en el estómago, por cuya razon se han usado principalmente las *lavativas laudanizadas*. Louis no vacilaba en elevar la dosis del láudano á 2 y aun á 4 gramos ($^1/_2$ á 1 dracma) cuando no cesaban las deyecciones alvinas ni los vómitos. Por lo general es necesario hacer tomar una cantidad considerable de este medicamento para que surta efectos en una afeccion tan violenta: asi pues se debe dar una lavativa de cocimiento de malvabisco ó simiente de linaza con un gramo (20 granos) de láudano dos ó tres veces al dia segun la violencia de los síntomas. Algunos autores han creido que empleando los opiados á esta dosis era de temer que viniendo á agregarse su accion bien conocida sobre el sistema nervioso, y en particular sobre el encéfalo, á los esfuerzos de la reaccion, aumentase estos hasta tal grado que los enfermos tuvieran necesariamente que sucumbir en este período, hecho ya mucho mas violento. Pero segun resulta de las observaciones de Louis este temor es exagerado. En efecto, se ve en sus observaciones que ha faltado completamente la reaccion en los mas de los casos de curacion, y que en aquellos en que se ha

(1) *An account. of chol.-morb.*; Londres, 1819.
(2) *Bull. de l' Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 627 y 662.

manifestado no ha sido mas violenta que cuando solo se han administrado los escitantes y los antiespasmódicos, y por último, que ha sido considerable el número de fallecidos durante el período de reaccion.

La junta general de Sanidad de Inglaterra (1) recomienda la *confeccion de opio*, cuya fórmula es la siguiente:

℞	Opio en bruto..................	24 gram.	(ʒvj)
	Pimienta larga.................	30 gram.	(℥j)
	Gengibre.......................	60 gram.	(℥ij)
	Alcaravea......................	90 gram.	(℥iij)
	Goma tragacanto................	8 gram.	(ʒij)

Se pulverizan todas estas sustancias, y se incorporan en el momento en que se necesiten con:

Jarabe simple caliente......... 400 gram. (xiij)

Se toma un gramo (20 granos) en dos cucharadas de agua de menta ó un poco de aguardiente cada tres ó cuatro horas.

Esta preparacion, en la cual está el opio unido á sustancias escitantes, satisface las indicaciones que se quieren llenar.

El *beleño* dado á dosis altas por el doctor Anderson, de 20 40 ó 50 centígramos (4, 8 ó 10 granos), la *belladona* prescrita por el doctor Schlesinger y por Viardin (2), el *tabaco* aconsejado por Pitschaft (3), el *acetato de morfina*, *etc.*, tales son todavía los narcóticos que se han recomendado, y sobre los cuales es inútil detenernos mas.

Tambien han usado los *astringentes* un gran número de médicos. Dupuytren ensayó primero el *acetato de plomo*, que no produjo resultados muy satisfactorios; pero otros prácticos recurrieron principalmente al *estracto de ratania*, y sobre todo Rayer hace entrar este medicamento tanto en las bebidas del enfermo como en las lavativas. Un cocimiento de ratania para bebida usual, 4 ó 5 gramos (72 á 96 granos) de estracto de ratania en una pocion etérea y laudanizada; 8 ó 10 gramos (2 á 2 ½ dracmas) en una lavativa, son las dosis que podemos prescribir y aumentar sin inconveniente.

En una afeccion en que se hallan tan abatidas las fuerzas han

(1) *Instructions sur le choléra*, etc., publicadas por la junta de sanidad de Inglaterra, 1848.

(2) *Journ. de chimie méd.*, julio de 1832.

(3) *Hufeland's Journal*, octubre de 1831.

debido aconsejarse los *tónicos*. Sin embargo, como se ha atribuido naturalmente este abatimiento de fuerzas al trastorno del sistema nervioso, rara vez se ha recurrido á la medicacion tónica. El *cocimiento de quina*, las *lavativas de la misma sustancia*, y principalmente el *sulfato de quina*, son los medicamentos de esta especie que se han usado. Ya hemos visto mas arriba que Andral hacia formar parte de la pocion que hemos citado anteriormente á esta sustancia, sobre cuya administracion Graefe y otros muchos autores han insistido mucho. El sulfato de quinina debe darse á la dosis de 1, 2 ó 3 gramos (20, 30 ó 60 granos), administrándole bien por la boca ó por el recto, cuidando de vigilar los accidentes que pudiera ocasionar sobre todo cuando se da en una corta cantidad de vehículo.

Recamier (1) prescribe el *sulfato de quinina* en el período de reaccion, al cual da el nombre de *acceso febril*, y aconseja elegir para administrar esta medicacion la remision febril mas ó menos completa y fugaz; pero ningun hecho bien evidente ha venido á apoyar esta teoría.

Vomitivos y purgantes. Sin duda parecerá estraño que se haya tenido la idea de administrar vomitivos y purgantes en una afeccion en que son tan abundantes los vómitos y las deyecciones alvinas, y sin embargo, algunos autores entre los que se deben citar los doctores Boeckh (2), Hierlaender y otros muchos médicos, sobre todo en Alemania, han creido que seria conveniente promover los vómitos. Este último autor (3) prescribia de este modo el *tártaro estibiado*:

℞ Tártaro estibiado. 40 ó 60 centígram. (8 á 10 g)

Disuélvase en:

Agua destilada... 240 gram. (℔ß)

Se da una, dos ó tres cucharadas cada cuarto de hora ó cada media hora.

En cuanto á los *purgantes*, se han recomendado por Bonet (4), que administraba el *sulfato de sosa* á la dosis de 45 gramos (1 ½ onza), por el doctor Henderson, que mandaba grandes dosis de *aceite de ricino*, y por otros muchos prácticos que

(1) *Recherches sur la conduite à tenir, etc.*; Paris, 1849.
(2) *De curâ chol. ind. in Europa*, 1831.
(3) *Salzb. medic. chir. Zeit.*, 1831.
(4) *Arch. gén. de méd.*, abril de 1833, t. XXVIII, p. 544.

han usado purgantes de diversas especies. Es imposible formarse por los escritos de estos autores una idea exacta acerca de la accion de los vomitivos y de los purgantes sobre el curso de la enfermedad, y nada prueba que estos medicamentos hayan tenido realmente el grado de eficacia que se les ha querido atribuir. Para que se pudiese aconsejar una medicacion que parece tan poco apropiada á los principales síntomas del cólera, era necesario tener un considerable número de hechos bien analizados que la demostrasen.

En la última epidemia de cólera se ha hablado mucho de los *vomitivos* y de los *purgantes* al principio de la afeccion, y principalmente para combatir la diarrea por la cual principia. Los vomitivos principalmente han estado en gran voga, y entre ellos se ha recurrido particularmente á la ipecacuana. El doctor Escallier (1) ha espuesto las ventajas de este método en una memoria muy bien escrita, y ha citado gran número de casos felices. Cualquiera, despues de haber leido este trabajo, se quedará convencido de que las mas veces los vomitivos tienen efectos muy ventajosos, y sin embargo, no me atreveré á aconsejarlos. Escallier no ha visto malos resultados, y sin embargo los ha habido. Por mi parte sé de cinco; dos observados en mi clínica en el hospital de Santa Margarita, uno que he visto en la ciudad, otro citado por Sestier, que fue testigo ocular, y otro de que hace mencion Blatin (2). Es cierto que estos casos son raros; esto es lo que esplica cómo un médico puede muy bien no haber encontrado alguno aun en una práctica dilatada; pero por poca probabilidad que haya no conviene esponerse á correr este riesgo, cuando hay escelentes medios para conseguir el mismo fin sin ningun peligro, como se ha visto podia lograrse con el láudano de Sydenham tomado interiormente á dosis refractas. En tres de los casos que he mencionado, los vómitos, que eran muy pocos ó ninguno antes de administrar la ipecacuana, se hicieron incoercibles, y en otro, 30 gramos (1 onza) de aceite de ricino produjeron una diarrea de las mas abundantes, seguida muy pronto de todos los síntomas de un cólera mortal.

(1) *Union médicale*, agosto de 1849.
(2) *Choléra déterminé par l'administration du kermès* (*Union médicale*, 3 de abril de 1849).

Preparaciones alcalinas. Ya hemos visto que lo que principalmente se ha observado en la sangre de los coléricos era la gran disminucion de los principios alcalinos de la sangre: asi pues no nos debemos admirar si muchos médicos han prescrito las preparaciones alcalinas. El doctor Davier (1) hacia tomar cada media hora la mezcla siguiente:

℞	Carbonato de sosa.........	2 gram.	(ʒß)
	Hidroclorato de sosa......	65 centígram.	(℈ß)
	Clorato de potasa.........	30 centígram.	(6 gr)

Stevens (2), que es el primero que recurrió á la medicacion salina, daba cada media hora ó cada hora, segun la gravedad del mal, los polvos siguientes:

℞	Cloruro de sodio........	1,25	(℈j)
	Bicarbonato de sosa.....	2 gram.	(ʒß)
	Clorato de potasa........	35 centígram.	(7 gr)

En cuanto á Ockel, se limitaba á hacer tomar á los coléricos una solucion concentrada de *sal comun;* pero este remedio administrado asi inspira las mas veces mucha repugnancia á los enfermos. Por último, muchos médicos se han limitado á dar el *agua de cal.* El doctor Lemazurier (3) introducia las soluciones alcalinas en el recto bajo la forma de un cocimiento cargado de *hidroclorato de sosa.*

Baudrimont (4) ha referido casos en que algunas personas que se hallaban en el estado mas grave se han aliviado y curado prontamente con el uso del *bicarbonato de sosa*, á la dosis de 4 á 8 gramos (de 1 á 2 dracmas) por litro (2 cuartillos) de infusion de flor de tilo caliente. Este médico refiere que en el pueblo de Giraumont habia habido en 8 de octubre cuarenta y un casos de cólera; que habiendo sido tratados diez y ocho por diversos medios, todos habian muerto, y que veintitres tratados por el bicarbonato de sosa todos se *curaron.* Nada diré sobre esto contentándome con hacer notar que esta muerte constante, asi como esta curacion infalible, son muy estraordinarias.

(1) *Gaz. méd.*, setiembre de 1832.
(2) *Union médicale*, 3 de abril de 1849.
(3) *Gaz. méd.*, noviembre de 1835.
(4) *Union médicale*, 24 de marzo de 1849.

Gavin Milroy (1) ha llamado la atencion de los médicos en la última epidemia acerca de la sal marina tomada por la boca á la dosis de una cucharada de café en una taza de agua, y en lavativas á una dosis doble ó triple. Otros médicos, y en particular Oulmont (2), han usado esta medicacion; pero despues de haber esperado mucho de ella se han visto obligados á abandonarla.

Moissenet daba la pocion siguiente:

℞ Cloruro de sodio..............	12 gram.	(ʒiij)
Agua de menta...............	125 gram.	(℥jv)
Jarabe de diacodion..........	40 gram.	(ʒx)

Se toma una cucharada de media en media hora.

Este médico prescribia al mismo tiempo una lavativa con 2 gramos (1/2 dracma) de cloruro de sodio, y 1 gramo (18 granos) de láudano.

Nada nos prueba que los alcalinos hayan producido los efectos maravillosos que se les ha atribuido.

Inyecciones alcalinas. Pero lo que mas ha llamado la atencion ha sido la introduccion directa de las soluciones alcalinas en el torrente de la circulacion. Fundándose el doctor Latta en los esperimentos químicos del doctor O'Shaughnessy se habia contentado al principio con combatir la enfermedad por medio de bebidas y de lavativas alcalinas; pero habiendo visto que nada conseguia por este medio, tuvo la primera idea de valerse de estas inyecciones, y hé aqui segun una carta escrita por él al secretario de la junta central de Sanidad, como practicaba esta operacion.

Disolvia de 8 á 12 gramos (de 2 á 3 dracmas) de *hidroclorato de sosa*, y 2,50 gramos (2 escrúpulos) de *subcarbonato de sosa*, en 3000 gramos de agua (seis libras) y despues las introducia poco á poco en las venas á la temperatura de 112 grados de Fahrenheit. Este autor ha observado que mas fria, causaba la inyeccion una sensacion de frio estremada y escalosfrios intensos; solo tres grados mas caliente escitaba repentinamente el corazon, la cara se ponia muy animada y el enfermo se quejaba de mucha debilidad. Cuando la inyeccion se hacia

(1) *Union médicale*, 24 de marzo de 1849.
(2) *Union médicale*, 29 de marzo de 1849.

á la temperatura señalada anteriormente, los enfermos ninguna otra cosa sentian que una sensacion de calor, y no tardaban en manifestarse fenómenos semejantes á los de la reaccion.

Segun Latta no se debe creer, cuando se ha producido este efecto, que el enfermo se halla curado, sino que es necesario emplear estimulantes suaves á fin de que no vuelva á aparecer el estado álgido. Efectivamente, se ha visto en algunos sugetos que habia parecido que se hallaban perfectamente curados, reproducirse los síntomas mas violentos, y ser seguidos de una muerte próxima. Cuando reaparecen los síntomas del estado álgido, no se debe titubear en repetir la inyeccion. El doctor Craigie, de Leith, ha citado algunos hechos de curacion por el mismo medio. Lo mismo hace el doctor Lewins y algunos otros.

Warwinski (1) ha inyectado tres veces de 1500 á 3000 gramos (3 á 6 libras) de una solucion alcalina en las venas. Las deyecciones alvinas aumentaron; sin embargo, parecia haber un alivio pasagero pero la terminacion fue fatal.

Si ahora queremos apreciar la verdadera influencia de esta medicacion nos hallaremos muy embarazados. El número de casos en que se ha hecho la inyeccion es corto, y por consiguiente el número de los buenos ó malos resultados no es suficiente para que se pueda establecer una proporcion en la que se debe tener gran confianza. Sin embargo, conviene decir que los doctores Latta, Lewins y Craigie han citado hechos muy interesantes, puesto que algunos sugetos que evidentemente se hallaban próximos á morir se han reanimado por este medio casi inmediatamente y curado bastante pronto. Algunos como Craigie, quieren que se auxilie el efecto de las inyecciones con el uso interno de las preparaciones alcalinas, y otros como Latta las proscriben, porque les ha parecido que producen perniciosos efectos sobre los vómitos y las deyecciones alvinas.

Nitrato de plata. Habiendo visto el doctor Barth (2) en la Salitrería, que en casi todos los casos no han tenido buen éxito las principales medicaciones, recurrió al *nitrato de plata* dado á la dosis de 5 centígramos (1 grano) en una pocion y de 25 cen-

(1) Contour, *Coup d'œil, etc.* (*Bull. de thér.*, 15 de junio de 1849).
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1849.

lígramos (5 granos) en una corta lavativa. Este tratamiento se continuaba durante tres ó cuatro dias. De cincuenta y tres enfermos tratados de este modo se curaron veintisiete. Este resultado no parece á primera vista demasiado ventajoso; pero Barth ha demostrado por la análisis de los hechos y por la comparacion de este resultado con el que él obtenia con los otros tratamientos, que es realmente muy favorable á la eficacia del nitrato de plata. Como estos hechos no han sido bien conocidos sino cuando se habia acabado la epidemia, los demás médicos de Paris no han podido esperimentar seguidamente esta medicacion.

Agua fria, hielo. En la descripcion de los síntomas he dicho ya, que los enfermos no tenian tan gran deseo de bebidas frias, ó á lo menos que este deseo no era tan constante como han asegurado algunos médicos. Sin embargo, algunas veces han sacado de este pretendido apetito la consecuencia de que las bebidas frias, y particularmente el agua, tenian ventajosos resultados. Tambien se han visto inducidos á emplear este medio por la idea de que las bebidas frias calmarian los vómitos. El doctor Berres (1) elogia el uso del agua fria interiormente, bebida que Müller (2) y Gilkrest administraban en abundancia, y de la cual llegaba á hacer tomar el doctor Peyron hasta quince y veinte litros (30 ó 40 cuartillos) en las veinticuatro horas. Otros prácticos se han contentado con hacer derretir en la boca pedazos de *hielo,* ó bien tragar alguna cantidad como lo aconseja Louis.

Tales son las principales medicaciones internas que se han usado en las dos grandes epidemias que han desolado la Europa. Vamos ahora á decir dos palabras acerca de la administracion de algunas otras sustancias usadas por médicos aislados, y que estan lejos de tener en su favor el apoyo de una esperiencia suficiente. Por espacio de muy poco tiempo se ha alabado mucho el *aceite de cajeput*, de que se hacia uso en la India desde largos años; pero este medicamento ha sido muy pronto abandonado. Bremer (3) le administraba de la manera siguiente:

(1) *Erf. über die Kalte in Krank.*; Berlin, 1833.
(2) *Gaz. méd.*, 1832.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1831.

℞ Aceite de cajeput...........	ãã partes iguales.	
Tintura etérea de valeriana...		
Espíritu de cuerno de ciervo sucinado..................		

Se toma primero treinta gotas y despues quince, al cabo de media ó una hora; despues se van alejando las dosis y se dan quince gotas de la pocion de tres en tres horas.

Strebel ha dado el aceite de cajeput solo á la dosis de cuarenta gotas al dia.

Estos médicos aseguran haber curado por este medio las dos terceras partes de los coléricos mas violentamente atacados, resultados que no han sido confirmados por los demás prácticos.

Cloroformo. El doctor Brady (1) encomia el uso del *cloroformo*, que él administraba de la manera siguiente:

℞ Aceite de ricino..................	12 gram.	(ʒiij)
Cloroformo....................	6 gotas.	
Tintura de opio.................	20 gotas.	
Agua de menta..................	45 gram.	(℥jß)

Se toma en tres veces, y de cuarto en cuarto de hora.

Si esta pocion es insuficiente, Brady da otra segunda compuesta como sigue:

℞ Cloroformo.....................	8 gotas.	
Jarabe de vino..................	12 gram.	(ʒiij)
Agua.........................	60 gram.	(℥ij)

Por último, en algunos casos eleva la dosis hasta quince y veinte gotas en media hora ó en tres cuartos de hora, en una especie de grog.

Dando Brady al mismo tiempo un purgante, un narcótico, un escitante y un anestésico, medicamentos que todos producen su accion, ¿cómo es posible saber si se pueden referir los buenos efectos de la preparacion al último medicamento?

El doctor Hill (2) ha empleado las *inhalaciones de cloroformo* aun en el período álgido, y al principio ha referido algunos casos favorables; pero ¿han seguido obteniéndose despues estos buenos resultados? Vernois (3) ha administrado interiormente esta misma sustancia.

(1) *Union médicale*, 24 de marzo de 1849.
(2) *Union médicale*, 27 de marzo de 1849.
(3) *Union médicale*, 19 de mayo de 1849.

Devergie ha propuesto contra el cólera el cocimiento y la pulpa de *criadilla de tierra;* mas á pesar de haber publicado algunos casos felices, este medicamento no ha sido generalmente adoptado.

El doctor Andrewsky (1) administraba el *aceite de petroleo* y de *nafta*, á la dosis de seis, doce y aun quince gotas, en un poco de aguardiente, ó en una infusion aromática contra las diarreas con que empieza el cólera. Segun Contour, este medio habia tenido muy buen éxito.

Michel de Aviñon (2) alaba los buenos efectos del *ajo*, dado en *infusion* preparada con algunas cabezas de ajos, ó aplicada en forma de *cataplasmas* ó en *fricciones*. Para su aplicacion esterna se machacan en un mortero algunas cabezas de ajos añadiendo 50 ó 60 centígramos (10 ó 12 granos) de *incienso;* pero á muchos enfermos debe ser muy dificil soportar esta medicacion.

El doctor Villemin (3) ha referido cierto número de casos observados en el Cairo, de los cuales deduce que el *haschisch*, principio activo del *Cannabis indica*, es un remedio poderoso. Este práctico administraba este medicamento bajo la forma de tintura alcohólica á la dosis de diez á veinte gotas al dia, de las cuales diez contenian 5 centígramos (1 grano) del principio activo de dicha planta. No habiendo sido nada favorables á la accion del medicamento los hechos observados en la Salitrería, en la última epidemia, se deben mirar los casos de curacion que refiere Willemin como simples coincidencias.

Tambien se han usado la *nuez vómica* y la *estricnina*. Recamier asociaba la nuez vómica á la raiz de arnica, con el objeto de contener la diarrea, y el doctor Wagner (4) queria que se diese el estracto de la nuez vómica á la dosis de 3 á 5 centígramos ($^1/_2$ á 1 grano) de hora en hora.

El doctor Maxwell (5) ha alabado mucho el *natron carbónico*; pero le da asociado á una considerable dosis de opio y á los

(1) Véase CONTOUR, *Coup d'œil sur le trait. du chol. asiat., qui a régné en Russie pendant les années 1840-47 et 48* (*Bull. gén. de thér.*, mayo de 1849).
(2) *Bull. gén. de thér.*, mayo de 1849.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 137.
(4) *Medic. pract. Abh. üb. die Asiat. Chol.*; Prag. 1834.
(5) Véase *Lettre à M. Liebig.* (*Union médicale*, 30 de octubre de 1849).

purgantes. Por consiguiente, ¿qué se deberá deducir de sus observaciones?

Durante la última epidemia se ha alabado mucho, pero por muy poco tiempo, el *tricloruro de carbono*, que se ha dado hasta la dosis de 7 gramos (2 dracmas); pero no se ha tardado en abandonar este medicamento.

Por último, se ha administrado el *carbon vegetal* ó *magnesia negra* (Biett), el *agua de Luce* (Saint-Simon, Sicard), el vinagre (Desrivieres), la *pimienta en polvo grueso* (Szafkowski), el *llanten* (idem), el *protóxido de azoe* (1), el *cloro* (2), el *ácido carbónico* (3), la *tintura de escila*, el *aceite de olivas*, etc.; en una palabra, se han usado casi todas las sustancias de que dispone la terapéutica. No insistiré mas sobre estos remedios, porque nada prueba que gocen de una eficacia positiva.

Medicacion esterna.

Los primeros medios que se presentan en esta medicacion son sin contradiccion los escitantes de todas especies. No hay pues, un médico que no se haya creido obligado á usarlos, y el enfriamiento estremado que hay en tan gran número de casos en el cólera epidémico nos esplica esta unanimidad. De todos los escitantes esternos, el *calor* es el mas fácil de emplear y quizás tambien el mas útil. Asi se han apresurado á envolver á los enfermos en *mantas calientes*, y aproximar á las estremidades basijas llenas de *agua caliente*.

El doctor Meurtdefroy (4) ha empleado para calentar á los coléricos la *cal viva envuelta en lienzos mojados* y aplicada próxima al cuerpo, medio ya usado para otras enfermedades por Serres, de Alais.

Blatin ha inventado un aparato que consiste en una lámpara de alcohol, rodeada de una caja de mimbres que se coloca debajo de la cubierta de la cama, y de tal modo dispuesta que se pueda apagar inmediatamente la lámpara sin sacar

(1) LEPAGE, *Rapport sur l' emploi du gaz prot. d' azote dans le chol.*; Orleans, 1832.

(2) TOULMOUCHE, *Arch. gén. de méd.*, 1835.

(3) HEIDLER, *Ub. Schutzm. geg. d. cholera*; Prag., 1831.

(4) *Union médicale*, 17 de abril de 1849.

el aparato, el cual es sumamente eficaz, pero no se puede moderar la intensidad del calor. Tambien se ha introducido aire caliente bajo la ropa de la cama por medio de un tubo colocado sobre un hornillo.

Algunos médicos, y principalmente Delpech, han hecho meter á los coléricos en *baños calientes;* otros, pasar sobre la superficie del cuerpo, pero sobre un lienzo interpuesto, *planchas calientes*. Tambien se pueden incluir entre los escitantes de este género las *fricciones secas*, aunque tengan además la propiedad de favorecer mecánicamente la circulacion. El estado en que se encuentran los coléricos justifica el uso de todos estos medios.

Sin embargo, algunos médicos, entre los que es preciso citar á Legroux y Horteloup (1), han creido observar que el calentar á los coléricos tenia efectos funestos; pero los hechos que han citado no son suficientes para desvanecer todas las dudas que se pueden suscitar sobre este punto.

Algunos médicos han tenido la idea de recurrir á una medicacion enteramente opuesta, y han prescrito las *afusiones* y los *chorros frios*. El doctor Casper (2) aconseja que se proceda de la manera siguiente en la aplicacion de este medio, que él usa principalmente cuando el pulso se ha hecho casi imperceptible.

Metido el enfermo en un baño vacío, si tiene la piel seca, y lleno de agua á 27 grados, si la tiene madorosa, se le vierte entonces sobre la cabeza cuatro ó cinco cubos de agua de nieve, y se hacen otras tantas afusiones sobre el cuerpo con el mismo líquido, repitiendo esta operacion cada dos ó cuatro horas. Inmediatamente despues de la afusion, se vuelve al enfermo á su cama, teniendo cuidado de cubrir el pecho, la espalda y el vientre de compresas frias que se renuevan en cuanto se hayan calentado. Para completar este tratamiento, se administran bebidas y lavativas frias.

Horteloup (3) ha citado algunos hechos análogos.

Es dificil decidir cuál sea acerca del valor de estos tratamientos; pero lo cierto es que al contrario de lo que se hubiera podido preveer se reanimaron prontamente algunos enfer-

(1) *Comptes rendus de la Société méd. des hôp.* (*Union médicale;* 1849).
(2) *Die Behandl. der Chir.;* Berlin, 1832.
(3) *Comptes rendus de la Société méd. des hôp.* (*Union méd.;* 1849).

mos que se hallaban en medio del período álgido, y que parecian que iban á sucumbir.

En los casos graves Worms (1) hace afeitar la cabeza y aplicar á ella un pedazo de franela empapado en la mezcla siguiente:

℞	Alcohol alcanforado.......	150 gram.	(℥v)
	Amoníaco líquido.........	12 á 25 gram.	(ʒij á ʒvj)
	Infusion de arnica.........	100 gram.	(℥iij)

Se mezcla y se disuelve en

	Clorhidrato de amoníaco...	45 gram.	(℥jß)

En el concepto de este médico esta aplicacion facilita la reaccion y la hace al mismo tiempo menos grave.

Tambien se han usado casi generalmente los *sinapismos* ambulantes sobre las diferentes partes del cuerpo; obran lo mismo que el calor pero con mas energía.

En lugar de hacer fricciones secas, se ha aconsejado valerse de medicamentos irritantes; asi pues se han heeho *fricciones* con *aceite de cantáridas*, un *linimento amoniacal*, el *alcohol alcanforado* (Fouquier), un *cocimiento de mostaza* (Dupuytren), etc. Es evidente que estas sustancias no producen un efecto especial, y que toda la diferencia consiste en su mayor ó menor energía.

Una de las preparaciones mas enérgicas es el linimento húngaro, compuesto del modo siguiente:

Linimento húngaro contra los calambres.

℞	Aguardiente.................	250 gram.	(℔ß)
	Vinagre fuerte...............	125 gram.	(℥jv)
	Harina de mostaza.......	15 gram.	(℥ß)
	Alcanfor.....................	8 gram.	(ʒij)
	Pimienta.....................	8 gram.	(ʒij)
	Cabezas de ajos machacadas...	n.° 1.	

Se pone todo en un frasco bien tapado, y se hace infundir por espacio de tres dias al sol ó en un parage caliente.

Turnbull (2) usa para fricciones la *guindilla (capsicum annuum)*, reducida á la consistencia de jalea, mezclada con man-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, junio de 1849, p. 262.
(2) *The Lancet*, enero de 1848.

teca ó aceite de olivas, ó macerada en alcohol. Este medicamento es un rubefaciente enérgico.

Habiendo creido los médicos hallar el asiento primitivo de la enfermedad en una lesion de la medula espinal, han aconsejado hacer fricciones escitantes á lo largo del espinazo. Petit (1) empleaba los escitantes á lo largo de la columna vertebral hasta producir á la vesicacion. Hé aqui como procedia.

Hacia estender á lo largo de la columna vertebral un pedazo de lana empapado en un linimento compuesto de:

Esencia de trementina.......... 30 gram. (℥j)
Amoníaco líquido............... 4 gram. (ʒj)

Despues hacia pasar lentamente sobre el pedazo de tela de lana una plancha bien caliente. Asi resultaba una evaporacion instantánea de gran parte del linimento, que obrando enérgicamente sobre la piel, producia una vesicacion rápida.

Bouillaud ha imitado algunas veces esta práctica, y en cuanto á Ricord (2), se ha contentado con hacer fricciones á lo largo de la columna vertebral por medio de un linimento volatil.

Raphael, de Provins, ha practicado la *cauterizacion de los canales vertebrales con un hierro calentado hasta el rojo blanco*. ¿Pero cuáles han sido los verdaderos resultados de este medio? Esto es lo que no podemos decir.

Tambien se han prescrito los *vejigatorios* al epigastrio y á las estremidades. Igualmente se ha empleado el *electrogalvanismo*, que el doctor Levington (3) habia puesto en práctica en 1825, y que se ha aplicado despues en Europa. Por último, se ha recurrido á las *fricciones mercuriales*, á los *baños de vapor* y hasta la *cauterizacion epigástrica con el hierro candente*.

En la última epidemia he usado, en casos de dolores epigástricos muy intensos, el *vejigatorio con el martillo sumergido* en agua caliente, aplicado sobre el epigastrio y al rededor de la base del pecho; pero este medio no ha tenido un éxito felíz manifiesto.

Tratamiento de los calambres. Burq (4), alumno interno de

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXVIII, 1.ª série, p. 470.
(2) *Arch. gén. de méd.*, abril de 1832.
(3) *Trans. of the med. and phys. Soc. of Calcutta.*
(4) *Union médicale*, 7 de julio de 1849.

los hospitales, ha conseguido por medio *de armaduras metálicas húmedas* contener muchos accidentes nerviosos, y particularmente los calambres y la constriccion epigástrica. Hé aqui en que consistian segun este autor (1) estas armaduras y el modo de aplicarlas:

«Una armadura, cuando es completa, se compone de trece piezas: dos anillos y una manopla, ó un cilindro para el miembro superior, dos anillos y una sandalia para el inferior, y un cinturon para el tronco.

»Los anillos ó brazaletes son de cobre delgado, tienen de 10 á 15 centímetros (50 á 76 líneas) de ancho y son de una forma conveniente para aplicarlos tan exactamente como sea posible, condicion que es absolutamente indispensable.

»El cinturon consiste en una larga tira de chapa de cobre de 8 centímetros (40 líneas) de ancho, de un metro de largo, terminada por delante y por detrás por una ancha chapa que se adapta á la forma del vientre y de la espalda.

»Cuando los calambres son generales é intensos aplicamos una armadura general y completa. Si son intensos y limitados á los miembros interiores, nos contentamos con solo estos.

»Por lo general se necesitan dos brazaletes y una sandalia para cada uno de ellos, y un cinturon para el tronco; *pues solo en algunos casos escepcionales basta armar un solo miembro para curar á los dos.*

»Cuando son poco intensos y residen esclusivamente en una parte, por ejemplo, en las pantorrillas, bastan por lo comun dos anillos uno á la derecha y otro á la izquierda; pero si resisten los calambres, se mojan los brazaletes, y cuando esto no fuere suficiente se completa la armadura del miembro.

»Nosotros empezamos siempre por aplicar armaduras en seco, y no las mojamos si no cuando no hay alivio ó es solo parcial.

»Para mojar un brazalete se arrolla entre él y la piel y se deja aplicada todo al rededor del miembro, una tira ó compresa, y mejor un pedazo de manta de algodon, empapados en una ligera solucion de sal marina á la temperatura de veinticinco á cuarenta grados.

(1) *Lug. cit.*

»Tres ó cuatro veces nos ha sucedido que habiendo obtenido en un principio buenos resultados de las armaduras secas, han perdido su propiedad al cabo de algunas horas. Examinándolas de cerca hemos reconocido que se habia acumulado debajo del cobre una exudacion viscosa que probablemente se oponia á su conductibilidad. En todos los casos ha bastado limpiar la piel y el metal, ó mojar las armaduras para hacerlas recobrar toda su accion.

»Es preciso saber que al cabo de tres á cinco horas y á medida que las armaduras húmedas se secan, pierden mucho de su accion, y que si no se han curado radicalmente los calambres, ó si tienen tendencia á repetirse no tardan mucho en volver á aparecer. En este caso es necesario mojar de nuevo las tiras de lienzo al través de las aberturas de los anillos para que desaparezcan los calambres.»

En algunos casos el doctor Duchene ha logrado contener los calambres, y aun los vómitos por medio de la *escitacion electrocutánea* que dirige con tanta habilidad.

Los vómitos, que son tan violentos en el cólera, han debido llamar necesariamente la atencion de los médicos que se han ocupado del tratamiento de la enfermedad, y se han usado para combatirlos muchos medicamentos mencionados anteriormente; pero se han empleado mas especialmente para este fin las bebidas gaseosas, y en particular la *pocion antiemética de Riverio* y el *agua de Seltz*.

Malgaigne en un caso ha contenido inmediatamente los vómitos aplicando sobre el epigastrio *un vejigatorio amoniacal que curó en seguida con el acetato de morfina*.

Hasta el presente he espuesto por separado las diversas medicaciones; pero como es de pensar, no hay ejemplo de que no se hayan asociado cierto número con el objeto de llenar al mismo tiempo las diversas indicaciones. Asi pues se ha recurrido á la vez á los escitantes internos y esternos, á los antiespasmódicos, á los opiados, con el objeto de contener por una parte las evacuaciones alvinas y los vómitos, y por otra calmar los accidentes nerviosos, reanimar la circulacion y desarrollar el calor. Se puede decir que esta es la base de todos los tratamientos que se han empleado, y solo en el uso de algunas sustancias particulares y en ciertas modificaciones hechas en

la administracion de los principales remedios es en la que realmente se ha diferenciado la terapéutica tanto en Francia como en Inglaterra, Alemania y América; por consiguiente seria inútil estendernos acerca de los tratamientos propios de cada médico en particular.

Unicamente añadiré que el doctor Champenoi (1) ha aconsejado, con el objeto de escitar la reaccion, *inyectar en la vejiga de la orina* el siguiente líquido:

℞ Agua destilada ó vino blanco............	75 gram.	(℥ijß)
Alcohol rectificado...	25 gram.	(ʒvj)
Sulfato de quinina....	1 gram.	(18 gr)
Láudano líquido.....	25 á 30 gotas.	
Estricnina...........	4 á 8 milígram.	($^1/_{12}$ á $^1/_6$ de gr)
Acido sulfúrico......	6 gotas.	

Se hace una inyeccion en la vejiga.

No tengo noticia de que se haya usado con alguna constancia este medio singular.

Tratamiento del período de reaccion.

El tratamiento de este período es mucho mas sencillo que el del período precedente. La *sangría* mas ó menos repetida, segun la violencia del movimiento febril, y sobre todo si existe alguna complicacion inflamatoria de las vias respiratorias, forma, por decirlo asi, su base. En muchos casos cuya observacion tengo á la vista, se ha seguido á ella una mejoría notable de los principales síntomas, y sobre todo de la cefalalgia. Los dolores en el epigastrio y los vómitos biliosos se combaten por medio de las *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio. Se reemplazan los escitantes por las *bebidas suaves* y *emolientes*. Se suprimen las preparaciones opiadas á alta dosis, y por último se prescribe un *régimen* bastante *severo*, y esta medicacion tan sencilla basta en los mas de los casos para disipar todos los accidentes y procurar una completa curacion. Si fuese violento el delirio, ó hubiese estado comatoso y saltos de tendones, en una palabra, los síntomas que se han designado con

(1) *Bull. gén. de thér.*, abril de 1849.

el nombre de *tifoideos*, estaria indicada la aplicacion del hielo á la cabeza. No creo que me debo detener mas sobre el tratamiento de este período, porque repito es uno de los mas sencillos.

Resúmen, tratamiento preservativo, régimen y prescripciones. Despues de haber espuesto detalladamente el tratamiento del cólera, no puedo menos de repetir la reflexion que he hecho al empezar, y es que no teniendo para servirnos de guia en medio de tan variados y numerosos ensayos, mas que las aserciones de los autores, me es dificil juzgar acerca del valor relativo de las diversas medicaciones. Sin embargo, examinando un gran número de hechos, se llega á deducir que el opio á dosis altas combinado con los escitantes internos y esternos y los antiespasmódicos, ha sido seguido en una multitud de casos de un éxito evidentemente feliz. Asi pues esta es la medicacion que se debe recomendar principalmente.

Algunos médicos han creido que ciertas sustancias podian producir efectos *preservativos;* pero como la esperiencia no lo acredita no hay ninguna ventaja en indicar aqui estos pretendidos medios profilácticos. En vista de lo que he dicho acerca de las causas de la enfermedad, es evidente que el habitar en un parage seco y bien ventilado, los vestidos de suficiente abrigo, y un régimen tónico sin ser escitante son los mejores preservativos de esta afeccion. Asi pues corresponde á la autoridad cuando amenaza la epidemia, cuidar de que las clases inferiores gocen en lo posible de estas ventajas.

Mientras el cólera se halla en toda su violencia, es evidente que debe ser la dieta absoluta, y bajo este punto de vista conviene decir dos palabras acerca del *régimen.* Pero en un principio cuando todavía no existen mas que el conjunto de fenómenos á que se ha dado el nombre de *colerina*, la cuestion del régimen es del mayor interés. Los enfermos deben someterse á una dieta severa y contentarse con bebidas emolientes ó ligeramente astringentes si no quieren que se agraven los síntomas despues de cada comida. Esto no quiere decir, sin embargo, que un mal régimen aun en tiempo de la epidemia, puede hacer degenerar en cólera una simple diarrea. Si el hecho es posible, á lo menos no está demostrado. Unicamente he querido hacer alusion á aquellos casos en que los enfermos han podido

continuar comiendo, aunque tenian ya un cólera confirmado, si bien era ligero, en los cuales este mal régimen ha agravado evidentemente su enfermedad.

Tratamiento de la colerina. Lo que acabo de decir me conduce á decir dos palabras en particular de la diarrea que precede al cólera, y á la cual se da el nombre de *colerina*. Durante su curso es cuando particularmente se han administrado los vomitivos y los purgantes con buen éxito; pero ya he indicado mas arriba los peligros de esta medicacion, y todo bien considerado, creo que es mas prudente abstenerse de ellos. Estoy tanto mas dispuesto á sostener esta opinion, cuanto que un medio bien sencillo y que no lleva consigo ningun peligro, me ha servido completamente en la última epidemia. He aconsejado á todas las personas que tenian diarrea tomar cuatro veces al dia de *tres á cinco gotas de láudano de Sydenham* en una cuarta parte de vaso de agua azucarada. Estas dosis deben tomarse por la mañana al levantarse, por la noche al acostarse, y las otras dos inmediatamente antes de las dos principales comidas del dia. En los *niños* se pone, segun la edad, de una á tres gotas de láudano en medio vaso de agua azucarada, y se les da una ó dos cucharadas de café en las épocas indicadas. Ninguna de las personas á quienes he aconsejado este medio, y eso que son numerosas, han padecido el cólera, aunque muchas de ellas hayan tenido frecuentemente principios de diarrea. En tres casos este medio tan sencillo ha restablecido á su estado normal las evacuaciones alvinas que se hallaban completamente desarregladas hacia ya dos meses, á pesar del uso de los astringentes, de las lavativas laudanizadas y de un régimen muy severo.

Algunas personas se han visto obligadas á continuar el uso del láudano por espacio de muchos meses, encontrándose bien cuando le usaban, y teniendo por el contrario desarreglos del vientre cuando querian suspenderlas. He visto que bajo su influencia renace prontamente la confianza en sugetos aterrados, y á quienes afectaban profundamente los desarreglos que esperimentaban con frecuencia en el conducto digestivo.

No se debe temer el uso prolongado del láudano, administrado del modo que se acaba de indicar, pues me ha probado la esperiencia que no tiene ningun inconveniente; antes por el con-

trario, sucede por lo general que se disipa muy pronto el abatimiento general y la estremada languidez que resulta de la *colerina*, y á pesar del uso del narcótico el enfermo recobra toda su actividad. No se debe suspender este medicamento sino cuando sobrevenga estreñimiento, estando siempre al cuidado para volverle á usar al mas pequeño desarreglo.

He empleado el láudano de Sydenham, porque además del opio contiene sustancias escitantes. Sin embargo, estoy bien lejos de pretender que esta idea sea de gran valor, pues es muy posible que el *láudano de Rousseau* produzca los mismos efectos; pero si se le emplease se deberia dar solo *la mitad de la dosis*.

En la colerina administra Monneret (1) á los niños de 20 á 30 gramos (5 á 8 dracmas) de *subnitrato de bismuto*, y á los adultos aumenta esta dosis hasta 50 y 60 gramos (1 $^1/_2$ á 2 onzas), ya solo ó mezclado con los alimentos.

El doctor Tray (2) daba en las diarreas que preceden al cólera la *trementina rectificada* á la dosis de quince gotas, que repetia si era menester. En los casos que ha tratado asi se han contenido inmediatamente las evacuaciones; pero lo que para muchos médicos quita á esta medicacion gran parte de su valor, es que mezclaba la trementina con cierta cantidad de láudano ó de aceite de beleño, medicamentos cuyos efectos deben tomarse en consideracion.

Cuando el período de reaccion no es muy violento, no hay mas que un poco de cefalalgia y un movimiento febril, se puede sin inconveniente permitir algunos caldos y hacer prontamente el régimen mas sustancioso. Si es muy intensa la calentura, se debe continuar la dieta hasta que hayan remitido los principales síntomas febriles. En fin, cuando los enfermos han entrado francamente en convalecencia, no es necesario sujetarlos largo tiempo á un régimen severo, pues los hechos han probado que los que se hallaban realmente curados podian volver muy pronto á su género de vida acostumbrado.

(1) *Gaz. méd. de Paris;* 1849.
(2) *London med. Gaz.*, noviembre de 1849.

PRESCRIPCION I.

EN UN CASO DE CÓLERA INCIPIENTE CON SOLO DEYECCIONES ALVINAS, NÁUSEAS, DEBILIDAD Y CALAMBRES LIGEROS.

1.° Para bebida usual, infusion de manzanilla endulzada con jarabe de flor de naranjo.

2.° Una lavativa mañana y tarde con un gramo (20 granos) de láudano.

3.° Fricciones secas en los miembros.

4.° Tomar á cucharadas una pocion compuesta del modo siguiente:

℞ Infusion de flor de tilo........	120 gram.	(℥jv)
Eter sulfúrico................	1 gram.	(18 ℈)
Alcohol.....................	10 gram.	(ʒijß)
Jarabe de diacodion..........	30 gram.	(℥j)

Se toma á cucharadas de media en media hora.

5.° Envolver al enfermo en mantas calientes.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE FRIALDAD NOTABLE CON VÓMITOS VIOLENTOS, DEYECCIONES ALVINAS ABUNDANTES Y CALAMBRES FRECUENTES.

1.° Para bebida, ligero cocimiento de ratania endulzado con jarabe simple, añadiendo cinco ó seis cucharadas de vino de Málaga para cada azumbre.

2.° Se dará una pocion como la de la prescripcion precedente, con sola la diferencia de sustituir el jarabe de diacodion, por el jarabe de goma á la dosis de 45 gramos (onza y media) y añadir 2 gramos (media dracma) de láudano de Sydenham.

3.° Lavativas laudanizadas del mismo modo que en el caso anterior, administradas cada tres horas. Si la lavativa fuese arrojada inmediatamente, se pondrá otra en seguida.

4.° Sinapismos ambulantes á las estremidades.

5.° Fricciones secas frecuentemente repetidas en todo el cuerpo con un pedazo de franela caliente ó un linimento volatil.

6.° Y lo demás como en la prescripcion anterior.

PRESCRIPCION III.

EN UN CASO DE INSENSIBILIDAD COMPLETA DEL PULSO, Ó SEGUN ALGUNOS AUTORES, EN EL PERÍODO ASFÍXICO.

1.° Para bebida, ponche caliente.
2.° Inyecciones de sustancias alcalinas en las venas (véase pág. 399).
3.° Fricciones irritantes á lo largo del raquis ó cauterizacion de esta region (véase pág. 406).
4.° Afusion fria (véase pág. 405).
5.° Electrogalvanismo.

He reunido en esta prescripcion cierto número de medicaciones particulares, y será fácil encontrar las demás en la esposicion precedente.

PRESCRIPCION IV.

EN EL PERÍODO DE REACCION.

1.° Bebidas atemperantes.
2.° Sangrías mas ó menos repetidas, segun la intensidad del movimiento febril y de las lesiones locales.
3.° Aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio, en el caso de sobrevenir síntomas gástricos.
4.° Hielo y compresas frias á la cabeza si fuesen violentos los síntomas cerebrales.
5.° Dieta severa, si la calentura es intensa, y solo algunos caldos si es muy ligera. Cuando la convalecencia es franca, no se debe tardar en volver al régimen habitual.

Segun Jumné, los *baños de mar* son un buen medio profiláctico del cólera; mas en las instrucciones pupulares seguidas en Inglaterra y en Francia se insiste principalmente en un buen régimen y en las buenas condiciones higiénicas.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes y atemperantes.
1.° *Medicacion interna.* Escitantes internos, preparacio-

nes amoniacales, arnica, café, haschisch, *Stachys*, cloro, cloroformo, etc.; antiespasmódicos, narcóticos, astringentes, tónicos, vomitivos, purgantes, preparaciones alcalinas, inyecciones alcalinas, agua fria, hielo, aceite de cajeput, nuez vómica y otros diversos medios.

2.º *Medicacion esterna.* Escitantes esternos, calor, sinapismos, vejigatorios, afusiones y chorros frios, cauterizacion del raquis.

Período de reaccion. Emisiones sanguíneas, emolientes, aplicaciones frias á la cabeza.

Tratamiento preservativo. Medios higiénicos y régimen.

CAPITULO VI.

ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS.

Estas afecciones son no menos importantes que las del estómago, y presentan lo mismo que ellas grandes dificultades; asi pues, importa mucho estudiarlas con cuidado porque son las que principalmente se han citado en favor de diversos sistemas médicos, bien que se haya querido localizar las enfermedades, bien para defender las antiguas opiniones acerca de las calenturas; pero antes de emprender su descripcion, debo volver á prevenir que no se encontrará en este capítulo ni la *enteritis foliculosa,* que se describirá en el capítulo dedicado á las calenturas con el nombre de *calentura tifoidea*, ni el *cólico saturnino*, que ocupará su lugar entre los envenenamientos producidos por el plomo.

ARTICULO I.

ENTERORRAGIA.

La hemorragia que se verifica en la superficie de los intestinos es una de las menos conocidas; en efecto, esceptuando los casos en que esta hemorragia es ocasionada por la ulceracion de los intestinos y principalmente en la calentura tifoidea, solo

se tienen algunas ideas imperfectas acerca de la causa orgánica que produce el flujo de sangre por las cámaras. Es verdad que los casos de úlceras tifoideas ó cancerosas son los mas frecuentes; pero entonces no se trata mas que de un simple accidente de una enfermedad ya grave por sí misma.

Los antiguos no distinguieron debidamente las hemorragias de las diversas partes del conducto intestinal, pues unas veces han descrito simultáneamente la enterorragia y las hemorroides fluentes, sin establecer bien las diferencias que hay entre ellas, y otras han indicado los síntomas de la enfermedad sin investigar si la sangre salia de la superficie del intestino ó si procedia de otro origen. De aqui se sigue el que no tengamos mas que datos muy incompletos acerca de la enterorragia simple, ó para servirme de la espresion admitida, de la *enterorragia esencial;* por lo cual seria inútil entrar en estensos pormenores sobre esta afeccion que vamos á describir rápidamente.

Definicion, *sinonimia y frecuencia*. La enterorragia tal como se comprende en la actualidad, es un flujo de sangre en el interior de los intestinos. Esta afeccion ha sido descrita bajo el nombre de *morbus niger Hippocratis*, *de melæna*, *melænorrhagia*, *fluxus hepaticus*, etc.; pero como he manifestado anteriormente se ha aplicado con frecuencia estas denominaciones á muchas enfermedades diferentes. La enterorragia no es una *enfermedad frecuente*: pues no incluyo en esta denominacion las deyecciones sanguinolentas de la disenteria por las mismas razones que he dado en el artículo *Hemotisis,* en el que no se han considerado como una hemorragia los esputos sanguíneos de la pulmonía.

Causas. Apenas se puéden asignar algunas *causas predisponentes* á la hemorragia intestinal. Sin embargo, si se ha de creer á algunos autores (Camerarius, Vogel, etc.), cuya opinion ha adoptado Billard, los *niños recien nacidos* estarian mas espuestos que los individuos de edad mas avanzada. Por mi parte, nunca he observado una hemorragia intestinal bien caracterizada poco tiempo despues del nacimiento. Los mismos médicos han pretendido tambien que los ancianos se hallaban particularmente predispuestos á ella; ¿pero en semejante caso no serian mas bien unas simples *hemorroides?*

Tambien se pueden considerar como causas predisponentes

algunas alteraciones de la sangre, como el *aumento de los glóbulos* y la *disminucion de la fibrina*: igualmente se ve que la hemorragia intestinal sobreviene con frecuencia en el *escorbuto*.

Las *causas determinantes* se conocen mucho mejor. Efectivamente, tenemos un gran número de observaciones en las que la introduccion de *cuerpos estraños* ha producido hemorragias intestinales. Algunas veces es un *pólipo* cuyo asiento predilecto es el recto, como en el ejemplo que refiere el doctor Freteau (1).

La *invaginacion intestinal* determina ordinariamente una inflamacion violenta que produciendo erosiones, puede dar lugar á la enterorragia. Las *úlceras intestinales* y principalmente como he dicho mas arriba, las de la calentura tifoidea, ocasionan á veces el mismo accidente; asi es que un gran número de autores de los siglos pasados han incluido entre las causas de la enterorragia las diversas especies de calenturas que entonces se admitian. Tambien el *cáncer de los intestinos*, asi como el del estómago, puede producir una hemorragia interna. En cuanto á los flujos de sangre por el ano, cuyo orígen se encuentra en otros órganos, como el hígado, el bazo y los vasos que comunican con los intestinos por una *perforacion*, no debemos ocuparnos aqui de ellos porque debe tratarse de este accidente en las afecciones de estos órganos.

Por último, á veces es imposible descubrir ninguna de estas causas de lo que he tenido recientemente un ejemplo notable en el hospital de la Piedad. El sugeto de la observacion hacia todos los dias ó cada dos dias, una ó mas deposiciones en que habia de 200 á 300 gramos (6 á 10 onzas) de sangre pura, en parte negra y en parte roja y espumosa. Sin embargo, su vientre estaba bien configurado, no se notaba ningun tumor é introducido un dedo en el recto se le encontraba en el estado natural. No habia calentura, ni señal alguna de escorbuto, y los signos de anemia que presentaba este enfermo eran evidentemente consecutivos á la hemorragia; porque solo se los vió aparecer despues de gran número de deyecciones sanguíneas. Acaso existiria una causa orgánica; pero nuestros medios de in-

(1) *Journ. gén. de méd.*, redactado por J. Sedillot, t. XLI.

vestigacion no pudieron descubrirla. Los antiguos, y en particular Hoffmann (1), recurrieron á varias hipótesis para esplicar la salida de la sangre en los intestinos, pero seria inútil presentarlas aqui.

Síntomas. No es posible recurrir con fruto á la descripcion de los síntomas tal cual nos la han presentado los autores de los siglos pasados. Efectivamente, en su concepto los síntomas febriles que se observan en muchos casos, forman parte de la hemorragia misma, siendo asi que para nosotros el flujo de sangre no es mas que un accidente que sobreviene durante el curso de una enfermedad que no tiene con él otras relaciones que las que puede haber entre la causa y su efecto. Sin embargo, como entre estas descripciones hay algunos síntomas que se refieren únicamente á la enterorragia, los indicaré en la esposicion siguiente:

En el mayor número de casos despues de haberse derramado la sangre en el intestino, es *espelida* por el ano. Entonces esperimentan los enfermos, primero dolores de tripas mas ó menos vivos, acompañados de una sensacion de debilidad que llega á veces hasta el desmayo, y despues una necesidad urgente de deponer, saliendo la sangre en mayor ó menor abundancia. Algunas veces no hay mas que una corta cantidad mezclada con materias que han conservado cierta consistencia; pero estos casos son mucho mas raros, y no es dudoso que muchas veces se ha considerado como sangre que provenia de los intestinos, una corta cantidad que salia de las márgenes del ano en personas mas ó menos estreñidas. Otras veces, como en el enfermo de que he hablado mas arriba, es la sangre mas abundante, y entonces es líquida, espumosa, rutilante, lo cual se efectúa principalmente cuando ha sido abierta alguna arteria pequeña por una ulceracion cancerosa.

En ciertas ocasiones en vez de seguir las deyecciones alvinas inmediatamente á los primeros dolores de vientre producidos por el flujo de sangre en los intestinos se verifican *mas ó menos tiempo despues;* en semejante caso la sangre es negruzca, algunas veces en forma de coágulos blandos y mas ó menos voluminosos.

(1) *Diss. med. pract. de morb. nig. Hippocr.* (*Opera omnia*, suppl. II; Ginebra, 1760.)

Finalmente, no es raro ver sangre líquida, mezclada con materias fecales igualmente líquidas que se presenta bajo la forma de una materia negruzca á veces muy fétidas que es lo que principalmente se observa en la calentura tifoidea.

Es raro que la hemorragia intestinal sea bastante *abundante* para amenazar la vida del enfermo; sin embargo, se han citado algunos casos de este género. Entonces aparecen todos los síntomas comunes á todas las grandes hemorragias: debilidad, enfriamiento de las estremidades, sudores frios, etc. El *desmayo* que acompaña á estas grandes pérdidas de sangre puede observarse igualmente en hemorragias muy poco abundantes. Galeno creia que la causa de este fenómeno era la accion de la sangre podrida sobre los intestinos; pero como se le ve sobrevenir en hemorragias en que no puede haber sucedido esto, y aun en una simple sangría, no se puede admitir semejante esplicacion.

Algunas veces la sangre que se acumula en los intestinos *no puede salir al esterior*. Los casos de esta especie son muy raros en esta afecion, y casi siempre antes de que haya *hemorragia* ha habido algunas deyecciones alvinas de sangre que dan pronto á conocer de qué se trata. Entonces se ven sobrevenir los síntomas de la hemorragia interna que he indicado en el artículo *Hematemesis*, á saber: dolores de vientre, debilidad, síncope, frialdad, sudores frios, pequeñez de pulso, horripilaciones, etc. Se puede reconocer que la sangre se ha acumulado y continúa acumulándose todavía en los intestinos por medio de la *percusion*, que da un sonido á macizo en mayor ó menor estension.

No creo que me debo estender mas sobre la descripcion de estos síntomas; pues si quisiese esponer en particular las diversas especies de enterorragia, deberia incluir en este artículo pormenores pertenecientes al cáncer de los intestinos, á la calentura tifoidea, y á otras muchas enfermedades, lo que me haria traspasar los límites que me he propuesto.

Curso, duracion y terminacion. Es raro que la enterorragia haga perecer á los enfermos de una sola vez, si no que se reproduce con mas ó menos frecuencia antes de dar lugar á esta terminacion funesta. Algunas veces se renueva la hemorragia intestinal con largos intervalos, que es lo que se ve particular-

mente en ciertos casos de afecciones cancerosas, de lo que resulta que es indeterminada la *duracion* de la enfermedad.

En cuanto á la *terminacion fatal*, rara vez se la puede atribuir á la hemorragia misma. Sin embargo, se han citado cierto número de casos en que ha sido ocasionada esta terminacion por una pérdida de sangre rápidamente abundante, ó por hemorragias sucesivas que han deteriorado completamente la constitucion. En todos los demás casos se ha debido la terminacion fatal á los progresos de la afeccion principal, y entonces la hemorragia puede ser un signo mas ó menos grave, pero no hace peligrar al enfermo por sí misma.

Lesiones anatómicas. La enumeracion que arriba he hecho de las diversas causas orgánicas de la enterorragia me dispensa de entrar en muy estensos pormenores sobre las lesiones anatómicas. En las raras veces en que no hay mas que una exhalacion sanguínea, no se encuentran mas lesiones en los intestinos que en los demás órganos, por los que hemos visto se verifican las hemorragias. En los casos de cáncer, afeccion tifoidea, invaginacion, etc., se observan las alteraciones propias de estas enfermedades, y principalmente las ulceraciones. Pero si se busca el vaso cuya erosion ha producido la hemorragia, las mas veces no se llega á descubrir ninguno. Entonces se verifica una exhalacion en la superficie de la úlcera, como en los casos del mismo género citados al tratar de la *gastrorragia.*

Cuando sobreviene la muerte durante el curso de la enterorragia, se encuentra sangre líquida, coágulos mezclados en mayor ó menor abundancia con las materias fecales, y que algunas veces ocupan toda la estension de los intestinos.

Diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico de la hemorragia intestinal no es por lo general difícil. Cuando sin haber precedido vómitos de sangre y sin desórdenes gástricos, despues de algunos dolores de vientre se ven aparecer evacuaciones alvinas sanguíneas, no se puede dudar de que la sangre provenga de la superficie intestinal. Los signos que acabo de indicar distinguen suficientemente esta hemorragia de la *gastrorragia* con la cual se la podria confundir.

La inspeccion del ano, y el tacto por el recto bastan para hacer reconocer si existen ó no *tumores hemorroidales*, y desvanecer todas las dudas que pudiere haber.



Ya hemos visto que la sangre podia ser derramada por otros órganos inmediatos, á consecuencia de una *perforacion*. El estudio atento de los síntomas precedentes, y la aparicion repentina de una hemorragia intestinal abundante, servirán de guia en los casos de esta especie, que son sin contradiccion los que ofrecen mas dificultades.

Los síntomas bien conocidos de la *calentura tifoidea*, en cuyo curso se produce á veces la enterorragia, harán prontamente conocer al práctico cuál es la verdadera causa de este accidente. En cuanto al *cáncer*, la existencia de un tumor perceptible por medio de la percusion y palpacion al través de las paredes abdominales, ó por el tacto rectal si ocupa un punto del recto poco distante del ano, una diarrea mas ó menos duradera y los signos de caquexia cancerosa, servirán para establecer el diagnóstico.

Mas adelante manifestaré por qué signos se distingue la hemorragia debida á una invaginacion intestinal.

Algunas veces es dificil asegurarse de si realmente contiene sangre la materia de las deyecciones alvinas; entonces es menester recurrir á un procedimiento ya indicado por Fed. Hoffmann. Se vierte el líquido contenido en el vaso hasta que solo queden las partes situadas en el fondo, sobre las cuales se echa en seguida una corta cantidad de agua. Por este medio se vuelve á la sangre su color rojo, y desaparecen todas las dudas. Se ve pues que este diagnóstico casi nunca presenta verdaderas dificultades, y por consiguiente no hay interés en resumirle.

Pronóstico. El pronóstico de la enterorragia considerada en sí misma, solo es grave cuando es sumamente abundante la pérdida de sangre; pero esta hemorragia puede servir á su vez de signo pronóstico, pues sabemos por investigaciones recientes, que por lo general anuncia que es muy grave la afeccion cuando se presenta en la calentura tifoidea. No es tampoco menos de temer en el cáncer, puesto que indica una erosion que puede terminarse por una hemorragia fulminante.

Tratamiento. Como la enterorragia no tiene un tratamiento propio, solo diré de él algunas palabras. Se han usado *sangrías generales* cortas; pero este medio solo debe emplearse cuando la hemorragia es poco abundante. Las *bebidas acídu-*

las, las *lavativas astringentes* con 4 á 8 gramos (1 á 2 dracmas) de *ratania* ó 40 á 50 gotas de *acetato de plomo*, las *aplicaciones frias* al vientre, y particularmente el *hielo* encerrado en una vejiga, las *lavativas frias* con agua de nieve, tales son los medios que principalmente se emplean. Al mismo tiempo es necesario tener cuidado de mantener el vientre libre de modo que el enfermo no tenga que hacer esfuerzos para defecar.

Tambien se ha alabado mucho el *opio*, dado principalmente en lavativa, y la *esencia de trementina*, que recomienda sobre todo Copland. En los casos en que es muy abundante la hemorragia, se aconseja recurrir á las *ligadura de los miembros*. En fin, en estos últimos tiempos se ha tratado de poner otra vez en voga el *zumo de ortigas* tan usado por los médicos antiguos, y que especialmente Ginestet (1) elogia cómo hemostático; pero ya volveré á hablar acerca del uso de esta sustancia en la descripcion de la metrorragia contra la que se le ha dirigido principalmente.

No creo debo insistir mas sobre este tratamiento, porque será fácil aplicar á la enterorragia lo que se ha dicho respecto á las demás hemorragias ya descritas.

ARTICULO II.

ENTERITIS.

A primera vista parece que nada es mas fácil que hacer la descripcion de la *enteritis*. En efecto, esta enfermedad es una de las que hay ocasion de observar mas frecuentemente; pero no se tarda en notar que por no haber estudiado atentamente los hechos, han llegado los autores á hacer muy confusa esta descripcion.

La primera dificultad que se presenta es la siguiente: ¿Dónde principia y acaba la enteritis? Por una parte vemos á algunos autores que quieren distinguir esta afeccion de los casos en que solo han visto una simple diarrea, y por otra á varios médicos

(1) *Bulletin de l' Acad. de méd.*; t. IX, p. 1015, t. X, p. 364.

que hacian esfuerzos para atribuir á una simple inflamacion intestinal, todos los casos en que hay numerosas y abundantes deyecciones. Algunos han querido hacer de la calentura tifoidea una especie de enteritis, bajo el nombre de *enteritis foliculosa;* por último, se ha tratado de distinguir la inflamacion limitada al intestino delgado y designarla con el nombre de *enteritis propiamente dicha*, de la que ocupa á la vez los intestinos delgado y grueso, y que se ha llamado *enterocolitis*. Por desgracia no tenemos observaciones apropiadas que resuelvan estas dificultades; lo que es fácil de concebir reflexionando cuán poca es la gravedad de la enteritis en los casos no complicados, y en la imposibilidad que hay de comprobar por la autopsia las ideas que es posible formarse acerca de la naturaleza y estension de la enfermedad, segun los casos. Sin embargo, teniendo principalmente en consideracion lo que se observa cuando sobreviene la enteritis en una enfermedad mortal, se pueden obtener algunos resultados interesantes que servirán de base á este artículo.

Seria necesario nombrar todos los autores que han escrito tratados de medicina, desde Hipócrates hasta nuestros dias, para citar todos los que han hablado de la inflamacion intestinal.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En nuestro concepto la enteritis es la inflamacion del intestino delgado, que se estiende ó no hasta el intestino grueso. Por esta definicion manifiesto que hago mis reservas acerca de la afeccion que se ha llamado *diarrea idiopática*, de la cual diré algunas palabras mas adelante, y que por otra parte no hago distincion entre la enteritis propiamente dicha y la enterocolitis, por la razon que veremos despues. En cuanto á la enteritis foliculosa, no necesito repetir qué constituye para mí una enfermedad particular, la *calentura tifoidea*, de que se hablará en el capítulo de las *Calenturas*.

Esta enfermedad conocida con los nombres de *cólico inflamatorio*, *inflamacion de los intestinos*, *enterophlogia*, es hoy dia generalmente designada con el nombre que la conservo.

Es tal la frecuencia de esta enfermedad, que apenas trascurre ningun año sin que cada persona no la padezca algunas veces.

§. II.

CAUSAS.

No se han averiguado con mucha exactitud las causas de la enteritis, sin duda alguna porque siendo muy poco grave, no ha llamado mucho la atencion de los médicos.

1.° Causas predisponentes.

Aunque en todas las *edades* se está espuesto á la enteritis, sin embargo, segun las investigaciones de Billard y las mias (1), los niños muy pequeños estan mas espuestos á ella que las personas de avanzada edad, sobre todo cuando como con demasiada frecuencia sucede, se les da un alimento que no les conviene. En cuanto á la influencia del *sexo* nada podemos decir de positivo.

Hay algunos sugetos que sin que se pueda saber la causa estan mas predispuestos que otros á la inflamacion intestinal. La *debilidad* y el *deterioro* de la constitucion, que predisponen á todas las inflamaciones lo hacen igualmente á la enteritis. Asi es que es bastante comun ver que sobreviene esta enfermedad durante el curso de las *convalecencias*, y en sugetos muy debilitados. Es asimismo muy frecuente que se presente durante el curso de diversas afecciones, y sobre todo de las enfermedades inflamatorias con movimiento febril de larga duracion, igualmente que en las afecciones febriles crónicas; pero los casos de este género no deben ocuparnos aqui. En vista de esto, seria inútil insistir mas sobre las causas predisponentes acerca de las cuales tenemos tan pocos datos exactos.

2.° Causas ocasionales.

Entre ellas se ha querido incluir las *violencias esternas* sobre el abdomen; pero que en los casos de esta especie no dan lu-

(1) Véase *Clin. des malad. des enfans nov.-nés*, p. 286 y 462.



gar á mas que á una simple enteritis. Los *irritantes del conducto digestivo*, *los alimentos acres*, *las bebidas alcohólicas y la impresion del frio* estando el cuerpo sudando, son causas que se consideran como productoras de la enteritis. Sin embargo, si se consultan las observaciones se advierte que á escepcion de algunos pocos casos la enteritis se presenta durante el estío, circunstancia sobre la cual no se habia aun fijado bien la atencion. Algunas veces despues de haber administrado los *purgantes* queda una irritacion en los intestinos que dura mas ó menos tiempo, y que es debida á una verdadera inflamacion. Por último, debemos decir que en el mayor número de casos aparece esta enfermedad sin que se pueda descubrir su causa.

En los *niños recien nacidos* la enteritis es las mas veces producida por una alimentacion feculenta, desproporcionada para sus fuerzas digestivas, lo que tengo demostrado en un escrito práctico acerca de la enteritis (1).

§. III.

SÍNTOMAS.

En la descripcion de los síntomas se ha tratado de dividir la enteritis en tantas especies particulares cuantas porciones mas ó menos distintas hay en el conducto intestinal; asi es que se ha descrito la *duodenitis*, la *ileitis*, la *inflamacion del ciego* ó *tiflitis*, y en fin, la *colitis*; pero no creo que haya la menor ventaja en admitir semejante division. La *duodenitis*, sobre la cual tendré ocasion de hablar cuando se trate de las enfermedades del hígado, no es una afeccion que se pueda describir por separado. En cuanto á la *ileitis*, no presenta, como lo ha demostrado Louis (2), síntomas que la distingan bien de la inflamacion intestinal, que ocupa una estension mayor del intestino delgado y que se prolonga hasta el grueso. Por último, no hay realmente otra afeccion limitada al intestino grueso, ó que á lo menos tenga su asiento principal en esta parte, que la *disenteria*, á la cual dedicaré un artículo especial.

La *tiflitis* es una enfermedad descrita principalmente por

(1) *Consid. sur les causes, le diagnost. et le traitem. de l' entérite aiguë des adultes et des now-nès et de la dyssenteria* (*Bull. gén. de thér.*, marzo de 1845).

(2) *Recherches sur l' affect. typhoïde et sur la phthisie.*

los médicos alemanes, que merece nos ocupemos de ella en particular; pero como toda la importancia de esta inflamacion consiste en los *abscesos de la fosa ilíaca derecha*, que son su consecuencia, y como por otra parte es muy poco conocida por sí misma, creo que bastará hablar de ella cuando describa el *flemon ilíaco*.

Es cierto que se han descrito síntomas diferentes, como correspondientes á cada una de estas pretendidas especies de enteritis; pero la observacion no ha confirmado estas ideas teóricas. Asi pues, Broussais creia que se podia distinguir la enteritis limitada al intestino delgado de la colitis, en que lejos de haber diarrea en la primera habia mas bien estreñimiento, siendo asi que aquel síntoma (la diarrea) era característico de la segunda; pero cuando la enteritis ha sobrevenido durante el curso de una enfermedad mortal, se ha visto que coincide la diarrea, bien solo con la inflamacion del intestino delgado ó bien con la de este y la del grueso á la vez, y nada prueba, como ha demostrado Louis, que la suposicion de Broussais fuese fundada. Por lo tanto, me limitaré en la esposicion siguiente á describir la enteritis de una manera general, porque repito, en el estado actual de la ciencia nada autoriza á proceder de otra manera.

Limitada asi la enteritis no nos presenta mas que un conjunto de síntomas simples, de los cuales el mas característico es una *diarrea* frecuentemente muy abundante, precedida en casi todos los casos de *dolores de vientre*, muchas veces muy intensos, pero que nunca son tan violentos como los dolores de vientre debidos á otras causas, y que se denominan en general con el nombre de *cólicos nerviosos*. Estos dolores son vivos, intermitentes, por lo comun de corta duracion, y se reproducen con intervalos tanto mas cortos cuanto mas violenta es la enfermedad; ordinariamente empiezan al rededor del ombligo y despues recorren el vientre en diversas direcciones; pero no muy á menudo en la direccion del cólon trasverso, pues solo los ha visto Louis dos veces en veintitres casos. Al mismo tiempo el vientre se pone *dolorido á la presion*, especialmente hácia la region umbilical; pero rara vez se estiende el dolor á puntos distantes, y nunca ó casi nunca invade el epigastrio.

Poco despues de estos dolores cólicos aparecen *deyecciones líquidas*, como ya se ha dicho. Entonces los enfermos sienten muchas veces en el abdomen *borborismos* y movimientos, primero al rededor del ombligo, que se dirigen en seguida hácia la pelvis, siguiendo el trayecto del intestino grueso, y por último, que son inmediatamente seguidos de la necesidad de deponer.

Las primeras evacuaciones contienen mayor ó menor cantidad de materias fecales, de las cuales una parte puede haber conservado su consistencia; pero bien pronto aparecen otras enteramente líquidas. Con frecuencia tambien estas materias tienen una accion corrosiva que se siente en el ano y produce vivos dolores, en cuyo caso toman entonces un aspecto casi seroso, y parece estan solo teñidas por mayor ó menor cantidad de bilis. El número de estas evacuaciones puede variar desde cuatro ó cinco hasta treinta y mas en las veinticuatro horas. En este último caso la enfermedad se asemeja al cólera esporádico.

Cuando las evacuaciones de vientre son muy numerosas y han sido precedidas de dolores de tripas muy vivos, lo que anuncia la mucha intensidad del mal, no es raro ver que sobreviene además del dolor en el ano, un verdadero *tenesmo* y aun deyecciones alvinas, compuestas en parte de *moco sanguinolento*, lo que prueba todavía cuán poco fundadas son las divisiones escolásticas establecidas, puesto que estos síntomas son los de la disenteria. ¿Pero qué es lo que sucede en estos casos? Nada mas que un aumento notable de la inflamacion, principalmente en el intestino grueso.

Tales son los principales síntomas de la enteritis aguda. Veamos ahora los que se agregan á ella, pero solo en ciertas circunstancias. Las mas veces no hay *ningun movimiento febril;* pero en algunas ocasiones se observan los fenómenos siguientes: ligeros *escalosfrios*, un poco de *sensibilidad al frio* al principio de la enfermedad y durante su curso; algun aumento en el *calor; sudores* bastante manifiestos que se presentan en muchos casos con frecuencia al principio de la enfermedad, y algunas veces son abundantes; por último, cierta frecuencia en el pulso (unas ochenta pulsaciones en las observaciones de Louis) en unos pocos enfermos. Esto es lo que constituye el *movimiento febril*, que repito, solo se verifica en un corto nú-

mero de casos, y principalmente cuando la enfermedad adquiere algunos caracteres de la disenteria.

El estado de las *fuerzas nunca* presenta una verdadera *postracion*, si bien se halla un poco alterado. Finalmente, es muy raro ver alguna *cefalalgia*, y no hay síntomas cerebrales; solo poquísimas veces se observan *náuseas*, pérdida mas ó menos completa del *apetito*, *lengua* blanquecina ó natural, y no roja, como se ha dicho sin razon; tal es el conjunto de fenómenos que constituyen la enteritis.

Sin duda se hallará que esta descripcion se diferencia mucho de la presentada por algunos autores; pero la he hecho fundándola en las observaciones y no en artículos en que se encuentran reunidos casos de calentura tifoidea y de enteritis complicada, en una palabra, afecciones en que no se presenta sola la enteritis á la observacion. No insistiré pues mas sobre esto, y me limitaré á decir dos palabras de la *enteritis de los recien nacidos*, que se diferencia de la de los adultos en su mayor gravedad.

La *enteritis* de los *recien nacidos* se presenta frecuentemente con gran violencia y sin que sea absolutamente necesario que la haya precedido ninguna otra enfermedad, esplicando esta facilidad con que se inflama intensamente el intestino el estado de debilidad que es propio de los niños. Los síntomas de esta enfermedad no se diferencian visiblemente de los que se observan en el adulto. Los dolores cólicos, la diarrea mas ó menos abundante, cierta tension en el vientre y un manifiesto movimiento febril, tales son los fenómenos que se observan; pero tiene de particular que al cabo de cierto tiempo sobreviene en muchísimos casos una nueva afeccion que no es otra cosa que el *muguet*. Yo he visto en el hospicio de Niños Espósitos que estas dos enfermedades se suceden de una manera tan constante, que no me parece dudoso que en el mayor número de casos á lo menos, una no sea consecuencia de la otra. Hace todavía muy poco tiempo que he visto muchos casos de muguet en los que era evidente que una inflamacion intestinal ocasionada por el mal régimen habia precedido á la inflamacion seudomembranosa de la boca. Estas son las únicas particularidades que merecen indicarse.

Réstanos ahora decir algunas palabras acerca de ciertas

formas de enteritis descritas por los autores. Ya me he esplicado acerca de la *enteritis circunscrita* y la *difusa*, y he dicho que los signos aducidos como capaces de hacerlas distinguir no eran suficientes en la mayor parte de los casos. En cuanto á la naturaleza de las materias espelidas en las deposiciones, se ha distinguido la enteritis en *serosa, mucosa*, *biliosa y estercorácea;* pero como se ve que estas diversas especies de materias se suceden en un solo y mismo caso, no se puede fundar sobre ellas verdaderas variedades. Tambien se han admitido las enteritis *flemonosa*, *eritematosa*, *reumática*, *artrítica*, *hemorroidal*, *catarral*, etc.; pero seria inútil enumerar todas estas especies que no tienen mas fundamento que algunas particularidades insignificantes. Decimos pues que todas estas pretendidas variedades desaparecen á la cabecera del enfermo, y que no se halla demostrada la mayor influencia de este ó del otro tratamiento, en tal ó cual caso. Por consiguiente, no creo necesario tratar de dar los caracteres de estas diversas formas, que ha hecho admitir mas bien el raciocinio que la observacion.

Unicamente diré dos palabras acerca de la *enteritis seudomembranosa*, á la que han dado bastante importancia muchos autores.

Es manifiesto que en la mayor parte de los casos en que se ha hecho mencion de la existencia de una falsa membrana en los intestinos se trataba de una *disenteria*. En los demás habia casi siempre gran tendencia á la formacion de falsas membranas, y solo como ha hecho observar Bretonneau, en sugetos que presentaban falsas membranas difteríticas en la faringe, fosas nasales, etc., es en los que se han encontrado otras semejantes en los intestinos. Asi pues, como se ve, tenemos casos de verdadera disenteria, y por otra parte casos complicados en que la enteritis es un fenómeno accesorio, aunque anuncia mucha gravedad en la enfermedad. Por estas razones no me estenderé mas sobre este particular.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es casi siempre muy agudo y muy rápido. En efecto, la enteritis llega muy pronto al mas alto gra-

do, y en seguida remite con rapidez y sin exacerbacion marcada, á no ser que venga un mal régimen á sostenerla. En los casos observados por Louis, la *duracion* ha sido de tres á cuatro dias, á contar desde la entrada en el hospital, lo que supone una duracion media de un septenario á lo mas; pero las faltas de régimen pueden prolongarla mucho, y por esto se encuentran en los autores ejemplos de enteritis que han durado veinte dias y mas.

Rara vez es fatal la *terminacion* de esta enfermedad en el adulto, cuando recae en personas que gozan de buena salud, asi es que Louis no ha observado mas que un solo ejemplo (1). Ya he visto que en los niños podia cuando era violenta desde su invasion, terminarse bastante pronto por la muerte. En los casos en que existe una enfermedad grave, la enteritis se agrega á las causas de muerte, y puede acelerar muchas veces la terminacion fatal.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Casi nunca se han descrito las lesiones anatómicas sino en casos en que la inflamacion intestinal habia sobrevenido como complicacion de otra enfermedad, de lo cual parece á primera vista que nada se puede deducir respecto á la enteritis simple; pero son tan idénticos los síntomas en uno y otro caso, que no se puede dudar que son las mismas las lesiones que las producen. Por otra parte, esto es lo que se demostró directamente en el caso simple observado por Louis.

La rubicundez, la tumefaccion, el reblandecimiento de la membrana mucosa y del tejido submucoso, del intestino delgado solo ó de ambos intestinos á la vez, en mayor ó menor estension, tales son los principales caracteres de esta inflamacion. En algunos casos se han encontrado escoriaciones superficiales, y una infiltracion sanguínea del tejido submucoso; pero nunca estas lesiones profundas que tienen un asiento especial (las placas de Peyer) y se hallan en la calentura tifoidea. En dos casos

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª edicion.

ocurridos en niños (1) encontré una ó dos pequeñas úlceras que no tenian carácter particular, y que no he podido atribuir á la calentura tifoidea.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* de la enteritis simple, considerado de un modo general, es seguramente uno de los mas fáciles. En efecto, los dolores de tripas, seguidos poco despues de una diarrea primero fecal, despues mas ó menos serosa, son síntomas característicos y peculiares de esta afeccion. Sin embargo, á veces hay bastante dificultad para precisar el diagnóstico, á causa de las discusiones, á que como hemos visto anteriormente, ha dado lugar la naturaleza de la enfermedad.

En primer lugar ¿cómo distinguiremos la enteritis simple de ciertos casos de *disenteria?* Cuando la disenteria es esporádica y se halla en su principio la afeccion, es casi imposible; pero mas adelante veremos que esta especie de disenteria empieza á veces casi como una enteritis simple; mas al cabo de cierto tiempo se hacen las deyecciones enteramente mucosas, sanguinolentas, mezcladas con porciones de falsas membranas, que dan sangre y á veces pus; entonces se reconoce que hay una verdadera disenteria. ¿No habria pues, en la disenteria esporádica algo mas que una enteritis exacerbada hasta su mas alto grado? Este es un punto muy difícil de resolver, porque desgraciadamente las descripciones de disenteria que tenemos se refieren casi todas á epidemias, en las que puede muy bien haber presentado la enfermedad caracteres especiales, y por otra parte, se ha descuidado examinar la invasion y el curso de los primeros síntomas. Asi pues, no pudiendo resolver nada sobre este punto, únicamente diremos que la disenteria esporádica presenta un gran número de caracteres de la enteritis simple elevada al mas alto grado, sin que sea fácil prejuzgar nada acerca de la naturaleza de la disenteria epidémica.

La *enteralgia* solo tiene de comun con la enteritis el dolor

(1) *Clin. des malad. des enfans nouv.-nés*; Paris, 1838, p. 420.

y algunas veces las evacuaciones líquidas, pero pasajeras, que alternan con el estreñimiento.

En cuanto á la *calentura tifoidea*, solo se la ha podido considerar como una simple enteritis en una época en que aun no habia sido ilustrado este punto por la observacion; pero las investigaciones de los autores modernos y sobre todo las de Louis, han establecido tales diferencias entre estas dos afecciones, que es en el dia inútil volver á hablar de una cuestion tan completamente juzgada. Solo indicaré en el cuadro del diagnóstico los principales caracteres de ambas enfermedades comparadas por Louis (1).

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la enteritis simple y de la disenteria esporádica.*

ENTERITIS SIMPLE.	DISENTERIA ESPORÁDICA.
Deyecciones, primero *fecales*, despues *serosas* ó *biliosas*.	Deyecciones *mucosas*, *mucoso-sanguinolentas*, *sanguinolentas* con pedazos *seudomembranosos*, y á veces *purulentas*.
Evacuaciones generalmente *menos frecuentes*.	Evacuaciones generalmente *mas frecuentes*.
Tenesmo menos violento y menos frecuente.	*Tenesmo* mas violento y mas frecuente.

2.° *Signos distintivos de la enteritis simple y de la calentura tifoidea.*

ENTERITIS SIMPLE.	CALENTURA TIFOIDEA.
Deyecciones *mas* numerosas que *ceden pronto al tratamiento*.	Deyecciones menos numerosas; pero la diarrea es *persistente*.
Dolores de vientre *mas violentos* y *mas frecuentes*.	Dolores de vientre *menos violentos* y *menos frecuentes*.
No hay meteorismo, *ni abultamiento del bazo*, ni *dolores* epigástricos.	*Meteorismo*, *abultamiento* del bazo, y *dolores* epigástricos.

(1) *Examen de l' examen de M. Broussais;* 1834, p. 104.



Lengua *natural.*	Lengua *alterada* en los casos graves.
Por lo comun se *conserva el apetito*, y se *recupera pronto.*	*Inapetencia.*
No hay síntomas cerebrales ni nerviosos.	*Síntomas cerebrales* y nerviosos.
No hay *postracion* de las fuerzas.	*Postracion* de las fuerzas mas ó menos considerable.
No se observa *epistaxis* ni *manchas* rosadas lenticulares.	Hay *epistaxis* y *manchas* rosadas lenticulares.
No hay movimiento febril ó es *muy ligero.*	*Calentura* mas ó menos intensa.
Duracion corta.	La *duracion* media *pasa de dos septenarios.*
No ocasiona la muerte.	Siempre causa *mucha mortandad.*

Pronóstico. Lo que he dicho anteriormente me dispensa el hablar mas largamente del pronóstico. En efecto, hemos visto que la única circunstancia que hace que la afeccion sea verdaderamente grave es el estado de debilidad de los enfermos, debido á la poca edad ó al estado de enfermedad en que sobreviene la enteritis.

§. VII.

TRATAMIENTO.

En los mas de los casos el tratamiento de la enteritis aguda es de los mas sencillos; pues cede prontamente á algunos *emolientes* y á los *opiados* á corta dosis. En los casos observados por Louis, en los que algunas veces la afeccion era muy intensa, bastó á dar á los enfermos *agua de arroz* para bebida á pasto, administrarles una ó dos veces al dia una cuarta parte de lavativa de *cocimiento de malvabisco*, con ocho, diez ó doce gotas de *láudano*, y someterles á una *dieta severa*, para ver que la enfermedad disminuye siempre, como he dicho mas arriba en el segundo dia del tratamiento, y es completa la curacion al cabo de ocho á diez dias.

Así seria inútil multiplicar los medios terapéuticos contra una enfermedad que se cura tan fácilmente. Sin embargo diré que algunos médicos han aconsejado las *emisiones sanguíneas* y

principalmente las *sanguijuelas al ano;* pero lo que precede prueba que este medio, que á la verdad no es peligroso, no es tampoco verdaderamente útil á no mediar circunstancias escepcionales.

Cuando es mucha la diarrea, se aconseja administrar el *agua albuminosa*, sobre cuya eficacia ha insistido principalmente Mondiere. Esta agua que se prescribe tambien en la disenteria, se prepara del modo siguiente:

℞ Agua ligeramente templada... 1000 gram. (℔ij)
Claras de huevo............. N.° 6.

Agítese poco á poco hasta que quede bien hecha la mezcla y añádase:

Agua de flor de naranjo...... 4 gram. (ʒj)
Azúcar..................... C. S.

Otros emplean al mismo tiempo que los medios precedentes, algunos *astringentes* suaves, principalmente en lavativas. Asi pues, se pondrá una lavativa de *agua de cebada* que contenga 8 ó 10 gramos (2 á 2 $^1/_2$ dracmas) de *raiz de ratania.* Pero estos medios se emplean principalmente contra la enteritis crónica, de la cual hablaré bien pronto. Lo mismo sucede con las lavativas preparadas con ligeros *catereticos*, y en particular con el *nitrato de plata*, medicamentos que solo obran sobre la membrana del intestino grueso.

Si se admitiese con Stoll la existencia de una *enteritis biliosa*, nos veriamos inclinados á emplear los *vomitivos* y los *purgantes;* pero nada nos autoriza para usar estos medios de que volveré á hablar al tratar de la disenteria; porque ninguna ventaja hay en complicar asi un tratamiento, cuando prueban tan bien los medios mas sencillos; por esta razon me limitaré á reunirlos aqui en una sola prescripcion.

PRESCRIPCION.

1.° Para bebida usual, ligero cocimiento de arroz endulzado con jarabe de goma ó de membrillo.

2.° Todos los dias una ó dos veces una cuarta parte de lavativa de cocimiento de malvabisco ó semilla de linaza á la que se añade:

Láudano de Sydenham.. 10 á 12 gotas.
Almidon............... 3 á 4 gram. (54 á 72 g)

En los recien nacidos la dosis del láudano no pasará de una gota y la del almidon de dos gramos (media dracma). A la edad de tres ó cuatro años se podrá aumentar la dosis del láudano hasta dos gotas, y asi sucesivamente.

3.° Si fuesen los dolores de vientre muy intensos se aplicará una cataplasma laudanizada sobre el abdomen.

4.° Durante la mayor fuerza de la enfermedad se guardará dieta adsoluta; pero luego que se alivien los principales síntomas se empezará la alimentacion por caldos, sopas de arroz y despues huevos pasados por agua, yendo asi aumentándola progresivamente aunque con prudencia.

Me parece inútil hacer un resúmen de este tratamiento.

Contra la *enteritis de los recien nacidos* producida por una alimentacion feculenta, basta cambiar el régimen y emplear esclusivamente la lactancia (1).

ARTICULO III.

ENTERITIS CRÓNICA.

La *enteritis crónica* es una afeccion que casi nunca se presenta mas que durante el curso de enfermedades graves igualmente crónicas. Cuando se la ha visto prolongarse por espacio de muchos septenarios, casi siempre se ha encontrado la causa de esta larga duracion en las faltas de régimen que no habian quitado á la afeccion su carácter, puesto que cedia prontamente á un régimen severo y á un tratamiento bien dirigido. Ahora es fácil comprender por qué no diré aqui mas que algunas palabras de esta especie de enteritis.

Los *síntomas* que se asignan á esta enfermedad cuando se halla en estado de simplicidad aunque no tenemos de ello ejemplos bien auténticos, son: *deyecciones líquidas* que por lo general no pasan de cinco ó seis al dia, que conservan su aspecto *estercoráceo* y que solo son notables por su liquidez; algunos *dolores y ruidos de tripas*, *enflaquecimiento* mas ó me-

(1) Véase mi *Memoria* anteriormente citada (*Bull. de thér.*, marzo de 1845).

nos marcado, *aridez de la piel*, *alteracion de la cara* y un poco de *frecuencia de pulso.*

En un caso observado por Trousseau (1) sobrevinieron síntomas cerebrales durante el curso de una enteritis crónica, que en un niño simularon una meningitis. La autopsia demostró despues que no existia esta afeccion.

En los sugetos afectados de tubérculos son en los que mas se encuentra esta afeccion del intestino, de que he hablado bastante al tratar de la *tisis pulmonar.*

Para combatirla, se emplean los mismos medios que se han usado en los tuberculosos afectados de diarrea crónica, es decir, los *opiados*, los *astringentes* y algunos *escitantes esternos*, ó bien se recurre á diversas medicaciones particulares, á los *tónicos*, á los *ferruginosos*, á las *aguas minerales naturales*, como *el agua de Bussang*, etc.; pero seria entrar en pormenores inútiles el detenernos mas sobre una afeccion descrita por los autores, pero que muy rara vez se ha observado.

ARTICULO IV.

DISENTERIA.

La disenteria es una afeccion conocida desde la mas remota antigüedad, de la cual habla Hipócrates en muchos pasages de sus obras (2), y que despues de él ha sido estudiada por infinitos autores. Para comprender bien cuánto se habrá escrito sobre esta enfermedad, bastará decir que en el Tratado de Medicina práctica de José Frank, ocupan mas de treinta páginas los nombres de los autores y los títulos de sus obras. Entre estas innumerables investigaciones indicaremos como las mas célebres las de Sydenham, Zimmermann (3), Stoll (4), Pringle (5) y en estos últimos años, las relaciones de epide-

(1) *Bull. de thér*, diciembre de 1846.

(2) *Œuvres d' Hippocrate,* trad. par Littré: *De l' air, des eaux et des lieux. Des epidemies; Du regimen.*

(3) *Traité de la dysenterie*; Paris, 1787.

(4) *Rat. med.*, t. III, p. 247.

(5) *Maladies des armées, dans les camps et les garnissons*; Paris, 1793.

mias de Trousseau y Parmentier (1), de Thomas, de Tours (2), de Masselot y Follet (3), y las investigaciones de anatomía patológica de Gely (4). El doctor Colin ha dado (5) una buena descripcion de una epidemia de disenteria que ha reinado al fin de 1846 en el Hotel Dieu, en la clínica de Louis.

A pesar de tan numerosas investigaciones quedan aun envueltos en dudas y obscuridad muchos puntos de la historia de la disenteria. Todavía no se está de acuerdo acerca de la naturaleza de la enfermedad, ni de las lesiones anatómicas que la caracterizan sin que hayan podido resolver todas estas dificultades los minuciosos estudios á que han permitido entregarse en estos últimos tiempos los progresos de la anatomía patológica. Ya veremos en el discurso de este artículo cuáles son las opiniones que parecen mejor fundadas.

Se ha dividido la disenteria en muchas especies que en el concepto de los autores son de la mayor importancia; pero se advertirá bien pronto que son defectuosas la mayor parte de las divisiones que se han propuesto, porque aquellos han confundido con el nombre de *disenteria* enfermedades muy diversas, sin mas razon que la de haber un *flujo de vientre* mas ó menos abundante. Esto es lo que se nota principalmente en la division de Stoll, que trató de establecer seis especies de disenteria. Pero baste decir que en el dia no se reconocen mas que la *disenteria infebril* y la *febril*, la *disenteria aguda* y la *crónica*. Sin embargo, es preciso añadir á esta division la distincion de la enfermedad en *esporádica y epidémica*, que es muy importante.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En el estado actual de la ciencia no es posible definir la disenteria por su naturaleza ni por las lesiones anatómicas á que da lugar; asi es que nos limitaremos, como hacen los au-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XIII y XIV.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. VII, VIII y IX.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1843, t. I, p. 434; t. II, p. 51 y 147.
(4) *Journal de méd. de la Loire Inférieure;* 1838.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1848, t. XVI, p. 422.

tores, á esponer sus principales síntomas. La disenteria es una afeccion caracterizada por deyecciones numerosas con dolores de vientre mas ó menos vivos y espulsion de materias mucosas, mucososanguinolentas, y á veces de sangre. Todavía hay algunos otros síntomas que no carecen de interés, pero que es inútil enumerarlos aqui porque los que se acaban de mencionar son suficientes para caracterizar la enfermedad.

La disenteria ha sido designada con los nombres de *tormina*, *fluxus dyssentericus*, *cruentus*, *torminosus; rheuma ventris*, *febris dyssenterica*, *flujo de sangre*, *colitis aguda*, *etc.* La palabra *disenteria* que nada prejuzga acerca de la naturaleza de la enfermedad es la mas conveniente, puesto que aun no está bien determinada esta naturaleza.

La disenteria leve é infebril se observa *frecuentemente* en el estado esporádico; pero no sucede lo mismo con la disenteria grave que por el contrario se manifiesta todavía con mayor frecuencia en el estado epidémico. Las epidemias de disenterias son quizás las *mas frecuentes* de todas, pues la mayor parte de los autores citados han emprendido sus investigaciones en algunas de estas epidemias observadas en parages muy diferentes.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Hé aqui como se espresa acerca de este punto el doctor Ozanam (1), que ha reunido las principales historias de epidemias: «Segun las relaciones que acabamos de presentar, vemos que la disenteria se manifiesta en todos los climas y en cualquier estacion, y que no respeta ninguna edad, sexo, ni condicion, de suerte que es imposible asignarle una causa primordial bien determinada.»

Hé aqui, sin embargo, lo que mas bien por impresiones generales, que por investigaciones rigurosas, nos dicen los autores acerca de las causas predisponentes. No resulta patentemente de los hechos que una *edad* esté mas predispuesta que las de-

(1) *Hist. des malad. épidémiques.*

más á la disenteria: pues si se ha visto en ciertas epidemias que los niños ó los ancianos son mas fácilmente atacados, estos son hechos escepcionales sobre los cuales no se puede establecer una regla general. Tampoco podemos decir nada de positivo respecto á la influencia del *sexo*.

Generalmente se cree que los sugetos que padecen una *afeccion antecedente* y cuya *constitucion* se halla mas ó menos *deteriorada*, contraen fácilmente la disenteria. Sin negar nosotros la posibilidad del hecho, diremos que muchos de los autores que defendieron esta opinion y en especial Fallot (1), han incluido bajo el título de disenteria muchas afecciones diferentes y en particular simples enteritis.

¿Predisponen á la disenteria un *régimen* irritante, los *escesos* y el *abuso de los purgantes?* Esto es lo que no se ha demostrado. Tampoco sabemos mas á cerca de la influencia del *temperamento*, y solo fundándose en simples hipótesis ó en hechos escepcionales se ha podido admitir la *trasmision hereditaria* de la disenteria.

Climas. Todos los autores estan conformes en que el clima tiene grande influencia. Las regiones *intertropicales* son los paises en que principalmente se observa esta enfermedad en el estado endémico, y en donde son mas frecuentes las epidemias.

Estaciones. En vista de lo que precede, y atendiéndonos á la opinion de Ozanam, las estaciones no deberian tener gran influencia. Sin embargo, se han observado al *principio del otoño* un gran número de epidemias que se prolongaron durante el *invierno*, atribuyéndose el desarrollo de la enfermedad al transito rápido del mucho calor al frio húmedo.

Respecto á las *localidades* y *profesiones*, me limitaré á decir que los datos que tenemos sobre estos diversos puntos son del todo insuficientes. Pero Masselot y Follet no han encontrado en estas condiciones cosa alguna que pudiese esplicar la enfermedad epidémica que reinó en Versalles en 1842.

2.º Causas ocasionales.

Se deben dividir estas causas en las que producen epidemias y las que dan lugar á casos aislados de disenteria.

(1) *Mémoire sur une dyssent. épid. observ. á l' hôp. milit. de Namur, dans l' hiber de* 1831 à 1832 (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 293 y 486.

Ya hemos visto mas arriba que se ha considerado como la principal causa de las epidemias, el *tránsito de una temperatura muy elevada* á una *temperatura fria y húmeda*. No obstante, algunos autores han creido que se deberian atribuir mas bien al *calor húmedo*. En fin, se consideran como muy apropiados para producir la afeccion, los *cambios repentinos de temperatura*, y asi es como se esplica su estado endémico en las regiones intertropicales.

Tambien se han citado como *causas ocasionales de las epidemias*, las *grandes fatigas* esperimentadas por los cuerpos de ejército, la *alimentacion insuficiente*, el uso de los *frutos* llamados *frios ó de frutas verdes*, las *pasiones tristes*, el *terror:* en una palabra, todo lo que tiende á debilitar profundamente la economía; pero á ninguna se ha dado tanta importancia como á las *exhalaciones miasmáticas*. Se han citado un gran número de hechos que tienden á probar que las emanaciones de los *cuerpos en putrefaccion* producen la disenteria, aun con un carácter epidémico. Todos saben el hecho referido por Desgenettes, de haberse desarrollado una epidemia en el Cairo, por las emanaciones miasmáticas que despedia el cuerpo de un animal en putrefaccion. Es probable que Masselot y Follet han ido quizás mas lejos que todos los autores que les han precedido, atribuyendo la enfermedad á un verdadero envenenamiento por *efluvios pantanosos*. Las razones en que se fundan son: que antes y despues de la epidemia reinaron los vientos del Este que es precisamente la direccion en que se hallan situados los pantanos de Versalles, y además, en que han observado que la epidemia habia sido precedida y acompañada de muchas calenturas intermitentes. De esto han deducido que habia una evidente analogía entre estas dos enfermedades, y que por lo tanto se debian atribuir á la misma causa. No creo que sea necesario advertir que no es esta una verdadera demostracion, y que solo es una opinion que requiere ser comprobada, y que nuevos hechos pueden confirmar ó invalidar.

En cuanto á *las causas ocasionales que producen la enfermedad en casos aislados* ó que durante el curso de una epidemia la determinan en los diversos individuos, no se diferencian sensiblemente de las que se acaban de enumerar: asi pues, los escesos, los irritantes del conducto digestivo, las pasiones tris-

tes, la inspiracion de las materias pútridas, el uso de frutas verdes, una alimentacion insuficiente, etc., pueden ocasionar una disenteria esporádica, ó bien existiendo la epidemia, producir la enfermedad en un sugeto, que sin la accion de estas causas no hubiera quizás sido atacado. Muchos son los ejemplos de individuos acometidos de disenteria, por haber asistido á una exhumacion hecha sin precaucion, á la abertura de pozos de inmundicia, á la diseccion de un cadáver que exhalaba un olor pútrido, etc.

Por último resta la cuestion del *contagio*, en la que nos hallaremos detenidos por muchas dificultades. Para algunos médicos nada hay mejor demostrado; mas por el contrario, para otros no existe esta causa, ni aun en los casos de epidemia, y entonces no hay mas que una simple *infeccion*. Todavía no son generalmente bastante exactas las observaciones para que se pueda pronunciar un fallo decisivo sobre este punto; sin embargo, hay cierto número de hechos que tienden á probar la existencia del contagio, á lo menos en ciertos casos particulares; asi es como se asegura que se han visto que algunos sugetos contraen la disenteria por haberse sentado en un servicio que contenia materias escrementicias espelidas por un disentérico. ¿No habrá en todos estos casos una accion semejante á la que producen los cuerpos en putrefaccion? Tambien se ha observado que esta enfermedad podia ser importada por los enfermos á un lugar á donde antes no existia, y comunicarse con rapidez. Sirva de ejemplo el hecho siguiente referido por Fallot: unos soldados que venian del hospital de Lovaina introdujeron en el hospital de Namur la disenteria, la cual contrajeron otros enfermos pero sin traspasar los límites del hospital. En resúmen, es manifiesto que en vista de la incertidumbre en que nos debemos hallar respecto de casi todas las causas, aun nos queda mucho que hacer para conocerlas, y cuán interesantes serian unas investigaciones exactas y rigurosas.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para hacer la descripcion de la disenteria no es conveniente dividir esta afeccion en esporádica y epidémica; pues si bien

es cierto que esta enfermedad adquiere por lo regular una violencia estraordinaria en las epidemias, y que en el estado esporádico presenta casi siempre un caracter de benignidad, no es dudoso que algunos casos aislados son á veces tan intensos como los epidémicos, y que por el contrario, se encuentran en las epidemias casos tan leves como los de la disenteria esporádica.

El doctor Cornuel (1), en una memoria interesante acerca de la disenteria que reinó en la Guadalupe en 1837, ha distinguido las especies siguientes: *disenteria gangrenosa y mucoso-sanguinolenta*, *disenteria biliosa y disenteria serosa.* Esta division es de cierta importancia bajo algunos puntos de vista; pero se echa muy pronto de ver que está fundada en la mayor ó menor gravedad de la afeccion, que se manifiesta por la naturaleza de las escreciones mas bien que por sus diferencias capitales.

Por consiguiente, es mejor dividir la afeccion en *febril é infebril;* porque se puede decir sin temor que los signos de reaccion marcan á lo menos en cierta época de la enfermedad la medida de la violencia del mal.

1.° *Disenteria no febril.* Esta especie de disenteria es la que algunos autores han descrito con el nombre de *benigna*, y es la que se observa casi siempre, como he dicho mas arriba, en los casos de disenteria *esporádica.* Sus síntomas se parecen mucho, como ya viene indicado, á los de la enteritis simple. Por lo comun empieza por dolores y retortijones de vientre seguidos bien pronto de dolores mas intensos en el trayecto del cólon y de una necesidad urgente de deponer. Estos dolores de vientre y estas deyecciones se repiten con intervalos regularmente cortos, y bien pronto sobreviene el síntoma, á que se ha dado el nombre de *tenesmo.* Los enfermos esperimentan la necesidad de obrar, sienten pujos por lo comun hácia la parte inferior del intestino grueso, y si se sientan en el servicio hacen esfuerzos fatigosos y dolorosos sin conseguir espeler materia alguna.

Las *materias* espelidas son al principio fecales y líquidas. Algunas veces contienen porciones de alimentos mal digeridos;

(1) *Mém. sur la dyssent. observée á la Basse-Terre* (*Guadeloupe*), *dans les Mém. de l' Acad. royale de méd.*, t. VIII, 1840.



pero mas adelante es solo un *moco sanguinolento*, viscoso y á veces espumoso. En ciertas ocasiones tambien se encuentran en las materias escrementicias *pedazos seudomembranosos*, acerca de cuya naturaleza me esplicaré mas adelante; pero es preciso decir que es muy rara esta circunstancia en los casos de que se trata.

No hablaré de otros muchos síntomas que se han atribuido á esta especie de disenteria, porque pertenecen esclusivamente á aquella de que vamos á hablar en seguida, y me limitaré á añadir que una *debilidad* mas ó menos grande, cierta *sensibilidad al frio*, un *pulso* normal ó un poco débil y tardo, son los únicos *síntomas generales* que acompañan á esta ligera afeccion.

2.° *Disenteria febril.* Esta forma es la que se manifiesta casi esclusivamente durante el curso de las epidemias. Se la ha llamado *disenteria maligna*, *grave*, etc. En efecto, solo se distingue de la precedente por la diferencia de intensidad de los síntomas. Sin embargo, Masselot y Follet han dicho que no habia reaccion en los casos muy graves; pero esta asercion que se halla desmentida por un considerable número de observaciones no ha sido sin duda emitida por estos dos apreciables observadores, sino porque han examinado los enfermos en una época demasiado avanzada. En efecto, se ven en su memoria casos de suma gravedad que fueron acompañados de un movimiento de reaccion manifiesto y tambien se advierte que en cierto número de enfermos se olvidaron examinar los síntomas generales.

Invasion. El principio de la afeccion es muy diferente segun los casos. Unas veces empieza la disenteria por los síntomas locales, y otras estos no sobrevienen sino despues de síntomas generales mas ó menos intensos y de diversa duracion. En este último caso se observa alguna cefalalgia, sed, algunas veces vómitos, frecuencia de pulso, aumento de calor y despues aparecen los dolores de vientre y se presenta la disenteria con todos sus caracteres. En los casos de suma gravedad, los enfermos pasan muy pronto del estado de salud á un estado morboso muy grave, porque los síntomas generales y los locales han sobrevenido simultáneamente con escesiva prontitud; á veces bastan síntomas locales muy violentos para producir este

efecto. Esta especie de *invasion fulminante* casi no se observa mas que en las epidemias.

Síntomas. Los *dolores de vientre* son con frecuencia de estremada violencia, y ocupan toda la estension del vientre; pero principalmente el trayecto del intestino grueso; síguenlos muy pronto *deposiciones líquidas* como en la forma precedente; pero se hacen mas rápidamente mucosas, mucososanguinolentas y á veces muy teñidas de sangre, principalmente cuando es muy marcado el *tenesmo*. Se han visto enfermos que hacian ciento y doscientas deposiciones, sufrir retortijones sumamente violentos y no espeler mas que una corta cantidad de *materias viscosas* perfectamente mezcladas con un poco de sangre. Tambien hay *dolores* mas ó menos vivos en el *ano*; el enfermo esperimenta la sensacion de un cuerpo estraño en la parte inferior del recto ó bien una sensacion de escozor, que puede llegar hasta una sensacion de quemadura.

En estos casos es cuando se encuentra en las deyecciones *esos copos*, esos *pedazos seudomembranosos*, que algunas veces presentan la forma del intestino y que han hecho creer que se habia espelido una parte del mismo, ó á lo menos de su membrana interna. Ya volveré á hablar sobre este punto al tratar de la *anatomía patológica* concerniente á esta afeccion.

Solo en una época avanzada de la enfermedad, y luego que esta ha adquirido cierto carácter de cronicidad, es cuando se encuentra verdadero *pus* en las deyecciones, y aun entonces conviene advertir que esta materia no se halla tan frecuentemente como han pretendido algunos autores. Masselot y Follet, que han fijado su atencion en este punto, no han visto arrojar pus por cámaras mas que en un solo caso; pero este era muy notable, puesto que el pus salia, por decirlo asi, involuntariamente.

En los demás órganos nada se observa que tenga relacion con la violencia de estos síntomas concentrados en el abdomen. La inapetencia, la sed regularmente intensa, la dificultad mayor ó menor de respirar, ocasionada principalmente por la ansiedad que producen los dolores de vientre, tales son los síntomas orgánicos propios de la disenteria.

Los *síntomas generales* son por el contrario numerosos y muy intensos. La *piel* que en un principio esta *caliente*, se pone

luego *fria*, especialmente en las estremidades, cuando la enfermedad hace grandes progresos. Ordinariamente está *seca* y á veces *rugosa*, y solo en la disenteria algo intensa se observan los *sudores* mas ó menos abundantes de que hemos hablado en la *enteritis aguda*. El *pulso* que es frecuente al principio se hace ordinariamente duro, despues pequeño, filiforme y miserable, y unas veces conserva su frecuencia ó la adquiere mayor, y otras se pone mucho mas lento. Lo mismo sucede con los *latidos del corazon* que nada ofrecen de particular.

La *cara*, que en los primeros momentos manifestaba por su espresion violentas angustias, lleva marcado el sello del desaliento y del abatimiento. Las facciones se afilan, los ojos se ponen lánguidos y apenas se entreabren con dificultad. A veces cambia esta espresion y se contraen momentáneamente las facciones, porque ha venido un retortijon; pero inmediatamente despues vuelve la misma espresion de abatimiento. En los últimos momentos la cara toma el aspecto á que se ha dado el nombre de *cara hipocrática*.

Las *fuerzas* se abaten pronto en la disenteria, y hácia el fin de la enfermedad, cuando debe terminarse por la muerte, los enfermos toman esa actitud de abandono que hace que si se los incorpora en la cama sea menester sostenerlos. La *sensibilidad al frio* sigue progresando; asi es que los enfermos se hacen un ovillo para calentarse, y por lo comun caen en un estado de *soñolencia* frecuentemente interrumpida por retortijones de vientre y la necesidad de deponer.

Sin embargo, en medio de estos síntomas tan graves, permanece íntegra la *inteligencia*, y si los sugetos parecen indiferentes á lo que pasa á su alrededor, es mas bien á consecuencia del abatimiento de las fuerzas y del aniquilamiento que resulta de padecimientos tan vivos, que por que se hallen debilitadas sus facultades intelectuales. En fin, el *enfriamiento* hace progresos, la circulacion y la respiracion se entorpecen de cada vez mas, y los enfermos mueren sin presentar una verdadera agonía ó despues de una muy corta.

En los casos que se terminan por la curacion, empiezan á disminuir los dolores de vientre y las deyecciones y despues se hacen notablemente menos frecuentes y menos intensos. En seguida se observan algunas porciones de materias fecales en-

vueltas en moco; el calor vuelve, el pulso se desarrolla y los enfermos entran ordinariamente en una convalecencia que por lo comun es muy rápida.

Complicaciones. Siempre se ha tratado de atender á las complicaciones para establecer las diversas especies de disentería. Asi pues, se ha descrito una *disenteria escorbútica*, que no consiste en otra cosa que en las deyecciones sanguíneas que se manifiestan en el escorbuto; pero esto no constituye la disenteria, pues no es mas que un síntoma de la enfermedad principal. Habiéndose observado durante el curso de la disenteria varias *erupciones,* se ha querido hacer de esta complicacion una especie particular, bajo el nombre de *disenteria exantemática*, *erisipelatosa*, *miliar*, *flictenosa*, etc.; pero las investigaciones de los autores no han probado que hubiese en estos casos otra cosa que simples coincidencias. Otro tanto diré de la disenteria *reumática* y *verminosa*. En efecto, es de observar que siempre ha sido en casos de epidemia, y en los que por consiguiente eran atacados de la enfermedad muchas personas que se encontraban en condiciones muy diversas, cuando se han hallado estas complicaciones, de que se han hecho otras tantas especies distintas.

El doctor Cambay (1) ha descrito una *disenteria hepática*, es decir, una disenteria que va acompañada de una inflamacion del hígado. Este autor ha observado que esta especie de disenteria puede presentarse de tres maneras diferentes. En la primera, la disenteria existe principalmente, y da orígen á la afeccion del hígado ó es seguida de ella; en la segunda, la afeccion hepática preexiste y causa consecutivamente la disenteria, y finalmente, en la tercera, las dos enfermedades nacen simultáneamente, y es imposible reconocer cuál de las dos ha precedido á la otra.

¿Acaso no sucederá lo mismo con la llamada *disenteria intermitente?* Muchos autores y en particular Torti (2), Morton (3) y P. Frank (4) han insistido sobre esta especie particular, fundándose en que las epidemias de disenteria han coincidido con epi-

(1) *De la dyssent. et des malad. du foie qui la compliquent;* Paris, 1847.
(2) *Terapeutica specialis ad fevres periodicas perniciosas.*
(3) *Opera medica.*
(4) *Traité de méd. prat.*, trad. par Goudareau; Paris, 1842.

demias de calenturas intermitentes, y en que los febricitantes parece que contrageron la enfermedad mas fácilmente que los demás. Muy recientemente todavía, como hemos visto poco hace, Masselot y Follet han indicado esta coincidencia que era muy notable en la epidemia que han descrito, y aun han llegado hasta mirar como idénticas la causa de la disenteria y de la calentura intermitente. Estos hechos son muy interesantes, pero convendria que se observasen otros parecidos con el rigor que actualmente se tiene en la observacion.

Por lo tanto, me limitaré á indicar como complicaciones de la disenteria, las enfermedades de los diversos órganos abdominales, tales como las *hemorroides*, las *anginas*, etc., y sin embargo todo induce á creer que no hay en los casos de esta especie mas que simples coincidencias.

Todavía hay una especie de disenteria, que han admitido los autores, y que no depende como las precedentes de una complicacion, tal es la *disenteria de los paises cálidos*. Pero nada de particular encuentro en las descripciones que nos han dejado los observadores, y particularmente Sir G. Ballingal (1), citado por J. Brown (2). Toda la diferencia si es que hay alguna, quizás consista en la mayor intensidad de la afeccion, lo que no puede constituir una especie particular.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la disenteria infebril, asi como el de la febril, es por lo comun muy rápido y contínuo. En algunas horas ó en muy pocos dias llega la enfermedad á su mas alto grado. Algunas veces se han observado *recaidas* manifiestas, ya que las haya ocasionado un mal régimen, ó bien que en una epidemia sobreviniese una recrudescencia en el momento en que el enfermo creia estar próximo á su curacion. Tambien se han notado con bastante frecuencia verdaderas *recidivas*; porque la disenteria no es de aquellas enfermedades que no se padecen

(1) *Obs. on dysentery.*
(2) *Cyd. of pract. med.*, vol. I, art. DYSENTERY.

mas de una vez en la vida, y á la que estan predispuestos particularmente ciertos sugetos que son atacados de ella con frecuencia.

La *duracion* de la enfermedad es muy variable, y sobre todo influye mucho el tratamiento. Efectivamente, tratada cual conviene la *disenteria no febril*, puede muy bien disiparse en dos, tres ó cuatro dias. Por el contrario, la *febril* dura á lo menos un septenario, y no es raro ver que se prolongue mas sobre todo en tiempo de epidemia.

La *terminacion* de la *disenteria no febril* es constantemente favorable á no mediar circunstancias del todo escepcionales. La disenteria febril *esporádica* se cura fácilmente en la mayor parte de los casos; pero sucede lo contrario en la disenteria *epidémica*. Segun los datos estadísticos que presentan los autores y especialmente Ozanam, la disenteria es quizás de todas las enfermedades epidémicas, la que mas frecuentemente se termina por la muerte.

En la epidemia observada por Cornuel (1) la mortalidad ha sido de 11, 41 por 100. Esta terminacion fatal puede verificarse en muy poco tiempo, y asi es como se han visto sucumbir algunos enfermos en menos de dos ó tres dias. Por el contrario, algunas veces tiende á pesar al estado crónico y entonces presenta algunos caracteres que se espondrán mas adelante.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las lesiones anatómicas de la disenteria han suscitado discusiones muy interesantes, sobre todo en estos últimos tiempos. Hipócrates creia que esta afeccion era ocasionada por *úlceras intestinales*, opinion que fue seguida hasta que Sidenham manifestó que en ciertos casos no habia ninguna ulceracion. Hace algunos años que adoptando Thomas la opinion de los antiguos, consideró como caracter esencial de la disenteria, las úlceras del intestino grueso, y recientemente Gely, Masselot y Follet han vuelto á suscitar esta importante cuestion.

(1) *Lug. cit.*, p. 101.

En concepto de todos estos autores no existen estas úlceras al principio de la disenteria, sino cuando ya lleva algunos dias de existencia. Pero ¿qué es lo que se encuentra antes de que aparezcan las úlceras? Nada mas que el engrosamiento, la hinchazon y el reblandecimiento mas ó menos profundo de lás paredes del intestino, es decir, los signos de una inflamacion violenta. No se ven, como en la *calentura tifoidea* y en la *tisis*, alteraciones especiales que anuncien la naturaleza primitivamente ulcerosa de la lesion. Esta es una razon que nos induce á creer que las úlceras disentéricas solo son debidas á una inflamacion muy intensa. Es verdad que Thomas dice que las ha visto empezar constantemente por el orificio de los folículos; pero Gely, que ha hecho sobre este punto investigaciones muy interesantes, ha visto muchas veces que la abertura dilatada de los folículos podia tomarse por una verdadera ulceracion. Por otra parte Masselot y Follet, que han emitido opiniones particulares de que hablaré mas adelante, atribuyen la ulceracion á dos causas principales, en primer lugar al reblandecimiento del cuerpo mucoso y en segundo lugar á la gangrena.

Cualquiera que sea el modo con que se formen estas úlceras, se presentan bajo muy diversos aspectos que Gely ha descrito perfectamente. Unas veces son vastas destrucciones de la membrana mucosa, que invaden á mayor ó menor profundidad los tejidos subyacentes, ponen á descubierto la membrana muscular, y á veces tambien penetran, como ha referido algunos ejemplos Thomas, hasta la membrana peritoneal; otras veces se ve una multitud de ulceritas ó mas bien de pequeños orificios ulcerados en la membrana mucosa, debajo de la que se ve que se ha supurado el tejido celular. Finalmente en otros casos existen *escaras grangrenosas* desprendidas en ciertos puntos y adheridas en otros, y algunas veces han llegado estas lesiones hasta tal punto que parece completamente destruida la superficie interna del intestino grueso.

¿Existen siempre estas úlceras en la disenteria no febril ó esporádica, ó disenteria benigna de los autores? Esto no parece probable en vista de la suma rapidez con que se cura, y es una nueva objeccion para admitir la úlcera como el carácter esencial de la disenteria.

Rara vez se ha visto que estas úlceras destruyan todo el

espesor del intestino, y den lugar á una perforacion. Sin embargo, se han citado algunos ejemplos de ella, y entonces ha sobrevenido una *peritonitis sobreaguda* que ha arrebatado con rapidez á los enfermos.

Otra lesion cuyo conocimiento es muy interesante, es la existencia de una *produccion seudomembranosa* que llega á cubrir las úlceras y que puede tomarse por la misma membrana mucosa. Esta produccion que es muy frecuente, esplica la existencia de los pedazos seudomembranosos en las deyecciones; pero ya veremos mas adelante á qué los han atribuido Masselot y Follet.

En seguida vienen las *abolladuras* formadas por el engrosamiento de las túnicas y la contraccion de las fibras musculares, abolladuras de que hablan todos los autores; despues la hinchazon notable de los folículos, luego los diversos grados de coloracion que corresponden á la inflamacion en sus diversas épocas, desde el rojo vivo hasta el azul de pizarra. Pero por lo comun se encuentra el rojo oscuro, y de ello han inferido Masselot y Follet que no eran debidas las lesiones á una verdadera inflamacion. Pero esta deduccion no parecerá muy legítima, si se recuerda que en las inflamaciones mas francas, esta coloracion es la que mas frecuentemente se encuentra despues de la muerte.

Finalmente se ha hallado en el interior del intestino *moco sanguinolento* en mayor ó menor abundancia; algunas veces se ha visto salir sangre pura de las partes ulceradas; en ciertos casos un detritus pardusco ó verdoso, y evidentemente *gangrenoso*, y otras veces materias purulentas. Tales son las lesiones que se han observado en el órgano principalmente afectado.

Veamos ahora como Masselot y Follet esplican su formacion. En su concepto existiendo la lesion primeramente sobre la epidermis intestinal, cuya existencia ha indicado Flourens, produce principalmente esta alteracion que se ha designado con el nombre de *falsas membranas*. Despues sobreviene el reblandecimiento de los tejidos mucoso y submucoso, de donde resultan las úlceras mas ó menos estensas de que hemos hablado. En fin, progresando el reblandecimiento puede llegar hasta producir una verdadera perforacion. Esta esposicion sucinta de las opiniones de Masselot y Follet, que por lo demás estan fun-

dadas en una diseccion hábil y hecha con cuidado, ¿no prueba, como decíamos anteriormente, mas en favor de la naturaleza inflamatoria de la afeccion que en el de cualquiera otra opinion?

Los autores que acabo de citar creen que solo por error se ha admitido que pueda desprenderse la membrana mucosa, y opinan que se ha tomado por la mucosa una simple falsa membrana; pero Cambay (1) ha podido reconocer muchas veces en sugetos afectados de disenteria, la separacion de una porcion de la mucosa que se desprendia como una falsa membrana. La diseccion que hizo Cambay ha sido tan minuciosa, y muchas veces practicada en presencia de médicos tan instruidos, que no se puede tener la menor duda tocante á este punto.

Las alteraciones que se hallan en los demás órganos no son de grande importancia. Algunas lesiones inflamatorias en el estómago y en el intestino delgado, el reblandecimiento del hígado, de los riñones, del bazo, y las equimosis indicadas principalmente por Masselot y Follet, y que se hallaban en la mayor parte de los órganos, la retraccion de la vejiga, la distension de la vesícula biliar por una bilis negra, pegajosa y grumosa, tales son las lesiones que merecen mencionarse, y las que sin duda parecerá son mas bien el efecto que la causa real de la enfermedad. Sin embargo, fundándose Masselot y Follet en estas diversas lesiones y en la análisis de la sangre de los disentéricos, la cual ha demostrado que habia por una parte una disminucion notable de la fibrina y de los glóbulos, y por la otra gran aumento de la parte serosa, han querido hacer de esta afeccion una enfermedad primitivamente general que consistia principalmente en una alteracion de la sangre; pero estos esperimentos son evidentemente insuficientes. En efecto, hubiera sido preciso investigar si la sangre estaba ya alterada cuando aparecieron los primeros síntomas, y por otra parte en el mayor número de casos parece la disenteria en su principio tan limitada al intestino y tan localizada, que apenas se puede concebir que haya una alteracion de la sangre. No cabe duda que hay en las epidemias alguna cosa que se nos oculta, una causa desconocida; pero de ningun modo está demostrado que

(1) *Lug. cit.*

esta causa se encuentre en una alteracion primitiva de los líquidos.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

La disenteria es una afeccion que es generalmente muy fácil de diagnosticar. Entre las enfermedades que se pudieran confundir con ella, se ha citado primero las *hemorroides internas*. Es sabido que en esta enfermedad hay pujos, deyecciones sanguinolentas, y que cierto grado de inflamacion de la parte inferior del recto puede hacer estos síntomas bastante intensos; pero en los casos dudosos el tacto rectal desvaneceria todas las dudas; por lo tanto no debemos detenernos mas en este diagnóstico.

Ya hemos visto la dificultad que habia en distinguir al principio la disenteria no febril de la simple *enteritis*. Mas adelante la presencia de las mucosidades sanguinolentas, los dolores en el trayecto del cólon, y el tenesmo bastan para hacer desaparecer la incertidumbre.

El *cólera morbo* se diferencia de tal manera de la disenteria, que no es necesario establécer un diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades.

En cuanto á los diversos *cólicos* que van acompañados de diarrea, como el *cólico de cobre* y el *cólico saturnino*, ya se tratará de ellos en los capítulos dedicados á los envenenamientos, por lo cual dejo la esposicion de su diagnóstico para cuando haga su descripcion.

Pronóstico. Ya hemos visto que la disenteria es una enfermedad escesivamente grave en las epidemias; la debilidad y la lentitud en el pulso, el abatimiento de las fuerzas y las deyecciones ó un tenesmo continuo anuncian una muerte próxima.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la disenteria es casi tan rico y tan variado como el del cólera morbo epidémico; pero nos debemos limitar á revisar las medicaciones mas generalmente usadas.

Emisiones sanguíneas. En estos últimos años en que se trataba de atacar vigorosamente la inflamacion, se han alabado casi esclusivamente las sangrías generales y locales; pero largo tiempo antes, muchos autores habian considerado á este medio como muy eficaz; pudiéndose citar particularmente á Sydenham, Zimmermann y P. Frank, quienes recomiendan que en toda disenteria violenta se empiece el tratamiento por abrir la vena. Efectivamente, no se puede menos de creer que semejante medio debe tener resultados favorables en una enfermedad en que son tan notables los signos de inflamacion.

No han sido menos elogiadas las *sanguijuelas* aplicadas al abdomen, al ano, y aun quizás han sido mas alabadas que las sangrías. Cuando se cree conveniente usarlas se deben poner, segun Thomas, en gran número, veinte, treinta y mas en varias veces. Es muy difícil decir cuál es el verdadero valor de este medio terapéutico, y sin embargo, la mayor parte de los médicos de los siglos pasados no han vacilado en alabarle con esceso ó en prescribirle completamente. Por nuestra parte debemos manifestar que casi ningun médico se ha limitado á su uso, y no le ha atribuido enteramente la curacion de los enfermos.

Narcóticos. Todavía se han empleado mas los narcóticos que las emisiones sanguíneas. El *opio* particularmente ha sido usado desde los tiempos mas remotos. Efectivamente, se observa que Alejandro de Tralles se declara contra el uso intempestivo que se hacia de él ya en su tiempo (1). Entre los autores que mas le han elogiado, es menester citar á Ramazzini, quien le atribuye la curacion de un gran número de enfermos en la *epidemia de Módena*, en 1693.

No hay autor que no haya igualmente recomendado este medicamento; pero casi todos lo han hecho con ciertas restricciones. Ya hemos visto que Alejandro de Tralles atribuia al opio efectos perniciosos, cuando era administrado sin discernimiento. Hoffmann, Zimmermann y otros muchos han emitido la misma opinion. Por el contrario, Sydenham, Vogler y Schmidtmann consideran á este medicamento como eminentemente útil en todos los casos. En cuanto á José Frank, cree que basta él solo para triunfar de la enfermedad en la disenteria leve;

(1) *De arte medica*, t. VII, *De artis medicæ princip.*, edente A. Haller.

pero que en la grave es necesario asociarle con otras sustancias.

¿Qué partido se deberá tomar en medio de opiniones tan diversas? En semejante caso es cuando se advierten todas las dudas que suscitan la falta de exactitud. Todo lo que podemos decir es que es sumamente probable que en los casos en que se han atribuido perniciosos efectos al opio, debian mas bien referirse los accidentes á una gravedad escesiva de la enfermedad, contra la cual hubieran sido igualmente inútiles las demás medicaciones.

El *opio* se administra simultáneamente por la boca y por el intestino. Gueretin (1) ha administrado este medicamento á la dosis de 3 á 5 centígramos ($^1/_2$ á 1 grano) de dos en dos horas, y algunas veces á mayor dosis, y este es el medio con que se han obtenido mejores resultados. Pero el modo preferible de administrarle es en *lavativa*; asi pues se pondrá dos ó tres veces al dia, y con mas frecuencia aun si el caso fuese grave, una lavativa de cocimiento de malvabisco ó de semilla de lino, á la que se añade:

Láudano..................	15 á 20 gotas.
Almidon..................	2 gram. (5ß)

Masselot y Follet creen haber observado que cuando el pulso se retarda mucho y hay un *colapso* manifiesto, el opio no producia tan buenos resultados como las demás sustancias y en particular el nitrato de plata, lo que no está bien demostrado.

Entre los demás narcóticos se debe citar la *belladona*, el *beleño* y el *estramonio*, dados á altas dosis, es decir, á la de 3 á 5 centígramos (de $^1/_2$ á 1 grano) cada dos ó tres horas. Estas sustancias obran del mismo modo que el opio, pero su eficacia está menos probada.

Forget, de Estrasburgo (2), ha referido que en el curso de una epidemia, que reinó en esta ciudad, se curaron diez y seis enfermos tratados por los antiflogísticos y los narcóticos, al paso que por los otros métodos hubo una gran mortandad.

El doctor Marbot (3) ha tenido ocasion de usar el *acónito*

(1) *Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. VII; *Mém. sur la dys. épid. de Maine-et-Loire, en* 1834.

(2) *Bull. gén. de thérap.*, 30 de enero de 1849.

(3) *Bull. gén. de thérap.*, 15 de octubre de 1849.



napelo en grande en una epidemia que se desarrolló á bordo del *Cocodrilo* diez dias despues de haber abandonado la rada de Zanzibar. De trescientos casos, de los cuales algunos eran muy graves, no hubo ni un solo caso en que sobreviniese la muerte.

Se administraba el acónito bajo la forma de estracto á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) de la manera siguiente:

Se desleia el acónito en agua pura de fuente, y se daba la solucion á cucharadas, con el intervalo de una, dos ó tres horas; pero de modo que la fraccion del medicamento que se administraba fuese siempre la misma. De las observaciones de Marbot resulta que el acónito no produce una completa curacion, sino que por su influencia cambian las deyecciones de naturaleza y cede la calentura. Entonces se administraba la *ipecacuana*, y luego las lavativas amiláceas y anodinas con que se terminaba la curacion.

Como se ve, esta medicacion es complexa, y seria preciso hacer nuevas observaciones para saber qué valor tienen cada uno de los medios que la componen.

Purgantes. Las ideas teóricas han inducido á usar los purgantes, ya para desembarazar los intestinos de *saburras* y de la *bilis acre* que se suponia acumulada en ellos, ya simplemente para facilitar las evacuaciones alvinas, etc. Veamos ahora lo que la esperiencia nos ha enseñado sobre este punto.

Purgantes salinos. Estos medicamentos usados por los autores del siglo pasado, y especialmente por Zimmermann, han sido muy encomiados en estos últimos tiempos por Bretonneau y sus discípulos. El *sulfato de sosa* ó el *sulfato de magnesia* son las sales que mas particularmente se emplean. El doctor Berggren aconseja la mezcla siguiente:

℞ Sulfato de sosa............ } āā partes iguales.
Miel...................... }

Se toma una cucharada tres veces al dia.

Bretonneau daba tan pronto el sulfato de sosa como el de magnesia, á la dosis de 8 á 16 gramos (de 2 á 4 dracmas) en una pocion y otro tanto en lavativas, en 180 ó 240 gramos (6 á 8 onzas) de líquido. El doctor Cheine administra el *cremor de tártaro* á altas dosis, y en efecto, da 15 gramos (1/2 onza) cada cuarto de hora.

En fin, el doctor Meyer (1) se ha servido del *nitrato de sosa* á la dosis siguiente:

℞	Nitrato de sosa.....	de 15 á 30 gram.	(℥ß á ℥j)
	Agua comun......	250 gram.	(℔ß)
	Goma tragacanto...	50 centígram.	(9 gr)

Se toma á cucharadas durante el dia.

Tambien se puede, como aconseja Thomas, dar solamente *agua de Sedlitz*, á la dosis de media botella al dia, y de un vaso á los niños. Cualquiera que sea la sal que se use, el efecto es siempre evidentemente el mismo; ¿pero cuál es este efecto? ¿Cómo pueden los purgantes producir buenos efectos en una enfermedad, en la cual uno de los principales síntomas es la diarrea? No han faltado esplicaciones, pero á decir verdad son poco satisfactorias. Contentémonos únicamente con hacer presentes los buenos resultados que muchos autores afirman haber obtenido, advirtiendo sin embargo que su opinion no está fundada en pruebas irrecusables. En el concepto de algunos médicos, los purgantes serian principalmente útiles en ciertas formas de las disenterias, y sobre todo en la *disenteria* llamada *biliosa;* pero las reflexiones que hemos hecho anteriormente al hablar de las pretendidas supuestas formas de la enfermedad me dispensan de discutir el valor de esta opinion.

Otros purgantes. Entre los *demás purgantes* hallaremos en primer lugar el *ruibarbo*. No hay medicamento de que mas se haya abusado en el tratamiento de la disenteria; de lo que es buena prueba la disertacion de Jacob (Erfurt, 1800), que reprueba enérgicamente este abuso. Stoll, Richter y en estos últimos tiempos Gall han recomendado este medicamento. Este último médico le asociaba á otras sustancias del modo siguiente:

℞	Tintura de genciana...........	45 gram.	(℥jß)
	Tintura de ruibarbo........	ãã 15 gram.	(℥ß)
	Tintura de canela..........		
	Tintura de anodina............	10 gotas.	

Se da una cucharada de café cada hora.

Tambien han prescrito muchos prácticos, y particularmente Fraser (2), Clark (3), etc., el *aceite de ricino*. Otros han ad-

(1) *Hufeland's Journ.;* 1827.
(2) *Med. obs. and inquiries,* vol. II.
(3) *Beob. über die Krankh. in Ost.*; Leipzig, 1789.

ministrado la *coloquíntida*, la *jalapa;* en una palabra, las diversas especies de purgantes, sin que se pueda atribuir á ninguno de ellos una eficacia especial.

Vomitivos. Los *eméticos*, y principalmente la *ipecacuana* desempeñan un principal papel en la terapéutica de la disenteria.

El doctor Millet, de Tours (1), ha referido casos de disenteria esporádica bastante intensa, en los cuales se obtuvo con la *ipecacuana* una pronta curacion, y al contrario de lo que opina Trousseau, ha visto que este medicamento obra en estos casos como vomitivo y no como purgante.

El doctor Turelutti (2) afirma que no ha perdido un solo disentérico entre doscientos cincuenta, de los cuales doscientos estuvieron afectados de disenteria epidémica, obteniendo este resultado con el tratamiento siguiente:

℞ Tamarindos. .... 50 á 90 gram. (℥jß á ℥iij)
Agua. .... 500 gram. (℔j)

Se cuece y despues se infunde en este cocimiento.

Ipecacuana finamente
pulverizada. .... de 1 á 4 gram. (18 ℈ á ʒj)

Se toma una cucharada cada veinte minutos.

Es dificil creer que no haya habido algun error al indicar los resultados obtenidos por esta medicacion.

Tambien la ipecacuana formaba la base del *remedio secreto de Helvetius*. Se ha administrado este medicamento á diversas dosis; pero en general se puede decir, que se debe tomar á dosis emética, es decir, de 1 á 2 gramos (18 á 36 granos) de una sola vez. Sin embargo, algunos autores aconsejan que se dé á cortas dosis; asi pues, Bosquillon recomendaba que se hiciera tomar á la dosis de 5 á 10 centigramos (1 á 2 granos) dos ó tres veces al dia. Otros médicos prefieren el *tártaro estibiado*, y se puede citar entre ellos á Pringle (3), quien alaba muy especialmente el uso del emético antimonial. Por otra parte, Roederer y Vagler, Clark, etc., reprueban el uso de este vomitivo. Hénos pues detenidos por una cuestion que no se puede decidir, por-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mayo de 1845.
(2) *Giorn. per servire ai progr. delle path. e therap.*; 1843.
(3) *Malad. des armées.*

que los autores no nos han suministrado todos los elementos apropiados para resolver el problema.

El doctor Segond (1) ha encomiado mucho las *píldoras inglesas*, que contienen *ipecacuana*, *calomelanos* y *opio*; pero nada prueba que este medio tenga mas eficacia que los precedentes.

Astringentes. De todos los astringentes el *acetato de plomo* es el que se ha administrado con mas frecuencia. Fed. Hoffmann le hacia formar parte de una mezcla que se consideraba como bastante eficaz para darle el nombre de *polvos antidisentéricos*.

Polvos antidisentéricos de Hoffmann.

℞ Azafran de marte astringente (peróxido de hierro)		30	gram. (℥j)
Cuerno de ciervo calcinado		15	gram. (℥ß)
Raiz de bistorta	āā	8	gram. (ʒij)
Raiz de tormentila			
Cinamomo		1,25	gram. (℈j)
Acetato de plomo		2,50	gram. (℈ij)

Mézclese y pulverícese. Se da 1,25 gramos (un escrúpulo).

Otros muchos prácticos han usado tambien el *acetato de plomo*. El doctor Mittchel (2) le asocia al opio, y da estas dos sustancias á la dosis de 5 á 10 centigramos (1 á 2 granos) cada dos ó tres horas, y Levrat Perroton (3) ha imitado esta práctica.

La *ratania* es en seguida, entre los astringentes, la sustancia que mas se ha recomendado. Un cocimiento endulzado con jarabe de membrillo, para bebida á pasto, ó una lavativa de agua de cebada, á la que se añade 8 á 10 gramos (2 á 2 ½ dracmas) de estracto, tal es el modo con que se debe emplear este medicamento, al que recurren frecuentemente los ingleses en los paises cálidos. Del mismo modo se puede prescribir la *monesia*. Tambien se han usado otros muchos medicamentos, que tienen casi una accion idéntica, como el *sulfato de cobre*, el *sulfato de zinc*, el *agua de cal*, etc.

Tónicos. Tambien se ha recurrido á los tónicos y á los amargos, de los cuales conviene decir dos palabras. Entre las sustancias de este género hay algunas que gozan de la reputacion de

(1) *Docum. relatifs à la méthode élect. employée contre la dyssent.*; Paris, 1836.
(2) *The north Amer. med. and chir. Journ.*; Philad., 1826.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*

ser escelentes *antidisentéricas*. Entre otros citaré la *corteza de simaruba*, elogiada principalmente por Jussieu, y despues de él por Sarcone y P. Frank, y tambien la *quina* y el *líquen islándico* que se han administrado algunas veces solos; pero las mas unidos á otras sustancias, y especialmente al opio y á los astringentes, habiéndose hecho igualmente gran uso de los *ferruginosos*.

Nitrato de plata. Segun Masselot y Follet, Boerhaave fue el primero que empleó este medicamento muy poco usado, cuando en estos últimos años Boudin y principalmente Trousseau le consideraron como de mucha importancia para el tratamiento de la disenteria. Masselot y Follet (1) que han examinado los resultados terapéuticos de los diferentes medicamentos que han empleado, miran al nitrato de plata como muy eficaz, sobre todo cuando se hallan muy abatidas las fuerzas. Se emplea el nitrato de plata disuelto en agua á la dosis siguiente:

℞ Nitrato de plata. de 0,10 á 1 y aun 2 gram. (2 á 18 ó 36 ℥)
Agua........... C. S.

para una lavativa.

Esta última dosis deberá usarse con precaucion. En los niños muy pequeños, se emplearia una solucion de 5 centígramos (1 grano) y se aumentaria segun la edad.

Trousseau prescribe la lavativa siguiente:

℞ Nitrato de plata cristalizado. 25 centígram. (5 ℥)
Agua destilada............ 200 gram. (℥vj)

En el *Boletin de terapéutica* (agosto de 1848) se encuentra una observacion en la que se ve que al cabo de veinticuatro horas de administrado el medicamento, siguió una gran mejoría, y la curacion al cabo de cuatro dias; si bien es cierto que la enfermedad habia perdido mucho de su intensidad cuando se principió el tratamiento.

Aunque los hechos referidos por los autores que acabo de citar sean muy interesantes, no se puede sin embargo fallar acerca de la verdadera eficacia de este medicamento, porque todavía no se ha publicado ninguna análisis rigurosa y exacta de suficientemente número de hechos.

Diforéticos. Tambien se han empleado esta clase de medi-

(1) *Lug. cit.*

camentos en el tratamiento de la disenteria, y al efecto mencionaré el *acetato* y el *hidroclorato de amoníaco* que son los que casi esclusivamente se han usado. Hé aqui una fórmula que era familiar á Vogel, y en la cual entraba el acetato de amoníaco en una proporcion bastante considerable:

℞ Goma arábiga............	30 gram. (℥j)
Azúcar blanca...........	8 gram. (ʒij)

Disuélvase en:

Agua de hinojo..........	180 gram. (℥vj)

Se añade:

Acetato de amoniaco......	60 gram. (℥ij)
Tintura de opio..........	2 á 4 gram. (ʒß á ʒj)

Mézclese. Se toma á cucharadas cada dos horas.

Agua albuminosa. Todavía se ha prescrito mas en la disenteria el agua albuminosa, que en la enteritis simple. El modo de prepararla segun Baudin de la Pichonnerie (1) es el siguiente:

℞ Claras de huevo..........	N.° 5 á 6.
Azúcar en polvo.........	45 gram. (℥jß)

Mézclense estas sustancias en una botella de agua, añádase algunos perdigones, agítese algun tiempo y se tendrá una mezcla perfecta.

Cuando hay violentos dolores de vientre, Baudin añade al líquido precedente:

Jarabe de acetato de morfina.....	2 cucharadas.

O bien:

Láudano de Sidenham...........	8 á 10 gotas.

Mondiere (2) es quien mas principalmente ha insistido en el uso de este remedio.

Medios diversos. Se ha recomendado la *nuez vómica* por un gran número de autores. Entre otros citaré á Hufeland quien la prescribia despues de administrar un vomitivo de la manera siguiente:

℞ Extracto de nuez vómica..	50 centigram.	(9 g̃)
Mucílago de goma arábiga.	30 gram.	(℥j)
Jarabe de altea...........	30 gram.	(℥j)
Agua de saúco...........	180 gram.	(℥jv)

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 282.
(2) Journal *l' Expérience*.

Es necesario administrar al mismo tiempo lavativas mucilaginosas, añadiendo 15 á 20 centígramos (3 á 4 granos) de estracto de nuez vómica. Los doctores Geddings (1) y Most han elogiado mucho este tratamiento. Este último empleaba el cocimiento de nuez vómica, á la cual añadia una cantidad considerable de opio.

Las *preparaciones mercuriales*, y principalmente los *calomelanos*, gozan de mucho crédito principalmente entre los médicos ingleses. El doctor Amiel dice que tuvo por qué felicitarse por haber empleado el tratamiento siguiente:

Desde el principio hacia tomar 2 granos (1/2 dracma) de calomelanos en una sola toma, mañana y tarde, y asi se continuaba durante cinco ó seis dias. El doctor Annesley asocia los calomelanos al opio.

Quedan ahora un gran número de sustancias que se han preconizado por diversos médicos, sin que se pueda formar una idea ni aun aproximada de su eficacia.

En primer lugar mencionaré la *cera amarilla*, medicamento usado desde los tiempos antiguos, puesto que Dioscórides habla ya de él. Pringle hacia tambien frecuente uso de la cera y hé aqui como la administraba:

℞	Cera amarilla..................	15	gram. (℥ß)
	Jabon de Venecia..............	1,25	gram. (℈j)
	Agua comun..................	4	gram. (ʒj)

Disuélvase lentamente y añádase poco á poco en un mortero caliente:

Agua de menta piperita.... } Agua comun.............. }	ãã 90	gram. (℥iij)
Jarabe de diacodion...........	45	gram. (℥jß)
Láudano de Sydenham........	15	gotas.

Se toma á cucharadas.

Se ve pues que dominan los opiados en esta fórmula y que se ha hecho mal en atribuir todos los honores de la curacion al uso de una sustancia probablemente inerte ó á lo menos muy poco activa.

En la fórmula de Noll (2) las sustancias verdaderamente activas son los escitantes y los astringentes que se unen con

(1) *The north. Amer. med. and chir. Journ.*; 1834.

(2) Véase la fórmula núm. 6308 del *Formulario universal*, por D. Francisco Alvarez, Madrid 1850.

la cera. Asi pues solo he hecho mencion de estos medicamentos para manifestar con cuán poco rigor se procede en los esperimentos terapeúticos.

Unicamente me queda que hablar de algunas otras sustancias, como el *fósforo* prescrito por el doctor Ortel (1), la *trementina* aconsejada principalmente por Copland (2), el *cloruro de cal*, los *antiespasmódicos*, etc.; pero no tenemos sobre la accion de estas sustancias datos suficientes para que debamos ocuparnos mas de ellos en este lugar.

Unicamente diré dos palabras acerca del *narciso de los prados (narcissus pseud-narcissus)*, al cual han parecido atribuir muchos autores una accion específica. El doctor Passaquay (3), quien ha recomendado mucho el uso de esta sustancia, indica tambien la administracion que hizo de ella en el departamento del Jura:

℞ Polvo de narciso de los prados..... 4 gram. (ʒj)

Divídase en tres papeles. Se toma uno al dia desleido en un vaso de agua azucarada.

El narciso de los prados tiene una accion emetocatártica, y sin duda obra de esta manera en la disenteria; pero nada prueba que sea mayor su eficacia que la de los demás vomitivos y purgantes indicados anteriormente.

Bebidas, lavativas y afusiones de agua fria. Una medicacion particular y de la que me ha parecido conveniente decir algo por separado, es la que consiste en el uso de líquidos frios, ya interior ya esteriormente. Brefeld (4) asegura haber obtenido numerosas curaciones con solo la administracion del agua fria, y *lociones* tambien *frías* al abdomen. El doctor Kent (5) mandaba *lavativas de agua fria*, en fin, Nardi y Recamier han recomendado particularmente las *afusiones frias*. Cuando los síntomas han llegado á su mas alto grado, y los enfermos caen en el colapso, es cuando este médico emplea las afusiones.

Esteriormente, además de estas afusiones se han aplicado *rubefacientes y vesicantes*, principalmente sobre el abdomen,

(1) *Med. pract. Beob.*; Leipzig, 1804.
(2) *The Lond. med. Journ.*; 1821,
(3) *Thèse;* Paris.
(4) *Dict. des sciences médicales*, t. X.
(5) *The north Amer. Journ.*, 1826.

lomos y sacro; pero es mas que dudoso que estos medios hayan sido realmente eficaces. Restituir el calor á las estremidades, hacer sobre el abdomen fricciones secas y calientes, y aplicar en él algunos fomentos emolientes, tales son los medios sencillos que bastan para el caso.

Lavativas de agua caliente. El doctor J. Irving (1) recomienda *las lavativas de agua pura á* 25 *ó* 26 *grados sobre* 0. Es preciso ponerlas por medio de una sonda esofágica, á fin de que penetren mas arriba. En cuanto el enfermo tome una de estas lavativas debe echarse del lado izquierdo, y no cambiar de postura hasta que sienta fuertes ganas de obrar. Este tratamiento tan sencillo merece sea esperimentado de nuevo.

Resúmen, régimen y prescripciones. Si ahora echamos una ojeada sobre las diversas medicaciones espuestas mas arriba, vemos que no hay ninguna en que se pueda tener mas confianza que en la asociacion de los narcóticos con los astringentes. Es preciso añadir tambien que no se deben usar estos últimos sino hácia el fin de la enfermedad y en el período de colapso. Entonces es cuando se debe recurrir á las lavativas de nitrato de plata de que acabo de hablar. Por último, dígase lo que quiera, es necesario recurrir principalmente á las preparaciones opiadas.

El *régimen* es una cosa muy importante sobre todo en la convalecencia, pues durante la enfermedad es sabido que se debe recomendar una dieta severa. Conviene cuidar mucho de que los enfermos no tomen demasiado pronto alimentos sustanciosos. Dar primero ligeros caldos, despues sopas de arroz y salep, despues huevos y pescados frescos, sin pasar á alimentos mas sólidos hasta que haya desaparecido toda susceptibilidad intestinal, tal es la conducta que debe observar el médico.

PRESCRIPCION I.

EN CASO DE DISENTERIA LEVE NO FEBRIL.

1.° Para tisana, cocimiento ligero de arroz endulzado con jarabe de goma ó de membrillo.

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, enero de 1849.

2.° Por mañana y noche una cuarta parte de lavativa de cocimiento de malvabisco, á la que se añade:

Láudano	10 á 12 gotas.
Para los niños muy pequeños	1 gota
Almidon	4 gram. (5j)

3.° Fomentos emolientes al abdomen.
4.° Dieta severa.
Este tratamiento sencillo tiene siempre felices resultados.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE DISENTERIA MUY AGUDA CON REACCION VIVA.

1.° La misma tisana ó bien un cocimiento de simaruba, ó el agua albuminosa (véase pág. 461).
2.° Una sangría del brazo si la calentura es fuerte. Veinte ó treinta sanguijuelas al trayecto del intestino grueso, repetidas si el caso lo exigiese.
3.° Tomar cada tres horas una píldora de 2 á 3 centígramos ($^2/_5$ á $^3/_5$ de grano) de estracto tebáico.
4.° Por mañana y tarde una lavativa de semilla de lino con:

Láudano	15 á 20 gotas.
Almidon	5 gram. (96 g̅)

Para los niños las mismas dosis que se han indicado arriba.
5.° Dieta severa y quietud tan absoluta como sea posible.

PRESCRIPCION III.

EN CASO DE ABATIMIENTO CONSIDERABLE DE FUERZAS Y DE ENFRIAMIENTO DE LAS ESTREMIDADES, ETC.

1.° Para bebida la que se ha indicado en las precedentes prescripciones, ó bien cocimiento de ratania, de arnica, etc.
2.° Una ó dos lavativas al dia, con una solucion de nitrato de plata (véase pág. 460).
3.° Fricciones calientes y secas.
4.° Lo restante como en las prescripciones anteriores.

No indico aqui las medicaciones particulares, pues ya las he espuesto con suficientes pormenores.

Breve resumen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, narcóticos, purgantes, astringentes, tónicos, amargos, ferruginosos, nitrato de plata, diaforéticos, agua albuminosa, nuez vómica, preparaciones mercuriales, cera amarilla, medios diversos: fósforo, trementina, píldoras inglesas, etc.; narciso de los prados, bebidas, lavativas y afusiones de agua fria, enemas de agua caliente, medios esternos y régimen.

ARTÍCULO V.

DISENTERIA CRÓNICA.

Basta solo la lectura de los autores para convencerse de que la disenteria crónica no está bien definida, porque casi todos los que han escrito sobre esta materia incluyen bajo este título enfermedades enteramente diferentes, como el cáncer de los intestinos y las afecciones de los demás órganos abdominales que dan lugar á diarreas crónicas, y muchos han tomado por tipo las ulceraciones del intestino grueso de naturaleza específica y que pertenecen principalmente á la enfermedad tuberculosa. Si se consultan los hechos, se ve que es raro encontrar una disenteria primitivamente crónica, y que casi no se observa mas que en los casos en que despues de haber empezado de una manera aguda la enfermedad, se prolonga y adquiere algunos caracteres particulares. Pero aun se ofrece aqui una dificultad que está por resolver. ¿Cuándo se puede decir que una disenteria ha pasado al estado crónico? Esta cuestion es muy dificil de decidir en muchos casos. Sin embargo, si el movimiento febril ha perdido parte de su intensidad, si las deyecciones han disminuido de frecuencia y sobre todo se han hecho purulentas, y hay al mismo tiempo demacracion lenta con los síntomas de la calentura hética, no se puede dudar de que la disenteria se ha hecho crónica.

En vista de lo que acabo de decir, se ve que no hay *causas* particulares de disenteria crónica cuya existencia esté demostrada por la observacion. En cuanto á los *síntomas*, habiendo ya enumerado mas arriba los principales, me bastará añadir para completar el cuadro, la espresion de languidez, el enflaquecimiento, la palidez del *rostro*, la *aridez de la piel*, la *sensibilidad al frio*, principalmente en las estremidades, y á veces *derrames de serosidad* en varias partes del cuerpo.

El *curso* de la enfermedad es casi siempre muy lento; *dura* de dos á tres meses y aun mas, y su *terminacion* es casi constantemente fatal.

En cuanto á las *lesiones anatómicas* tambien es la principal la ulceracion, la cual presenta algunos caracteres particulares. Los mas esenciales son el color azulado ó de pizarra de las partes que ocupa, el engrosamiento considerable de los tejidos y la capa de pus mas ó menos sanioso que cubre las úlceras. Se ha dicho que la afeccion podia degenerar en un verdadero cáncer; pero segun lo que resulta de todos los hechos conocidos, este es un error y han dado margen á él algunos casos de afecciones cancerosas que lo eran desde el principio.

El *diagnóstico* de la disenteria crónica es siempre difícil. Si la afeccion ha empezado por una disenteria aguda, si no se encuentra en el abdomen ningun tumor, se puede creer que se trata de una disenteria crónica simple; pero aun en este caso es necesario guardar mucha reserva, porque puede muy bien haber una enfermedad orgánica que sea causa de la continuacion de la diarrea, é imperceptible á nuestros medios de investigacion. El tacto rectal dará á conocer los *cánceres* situados en la parte inferior del recto.

El *tratamiento* de la disenteria crónica se compone de medios que todos constituyen parte del tratamiento de la aguda, tales son: los *amargos*, los *tónicos* y los *astringentes* á dosis bastante considerable; las *fricciones secas* y *aromáticas* en el tronco, un *régimen severo* y sobre todo las lavativas con el *nitrato de plata* (1). Es inútil decir que no se debe recurrir en esta forma de la afeccion á ninguno de los medicamentos llamados antiflogísticos, y aun menos á las emisiones sanguíneas.

(1) Véase *Disenteria aguda*, p. 437.

El doctor Scotti (1) ha referido treinta observaciones de curacion de diarrea y de *disenteria crónicas*, tratadas de la manera siguiente:

℞ Extracto de nogal preparado con la corteza verde de nuez y las hojas verdes..	8 á	12 gram. (ʒij á ʒiij)
Limonada mineral....		1000 gram. (℔ij)

Se disuelve y se toma la mitad ó una tercera parte de vaso cuatro veces al dia.

Este tratamiento puede ensayarse fácilmente. Cuando la enfermedad es muy *rebelde* no se debe olvidar el mudar de *aires*, que Cornuel (2) ha recomendado tanto y con razon.

ARTICULO VI.

DIARREA.

Este es otro asunto muy oscuro, á lo menos bajo el punto de vista con que debemos considerarle. En efecto, en él solo debemos tratar de la *diarrea idiopática* ó *diarrea catarral* de algunos autores, pues la diarrea sintomática ya ha sido descrita ó deberá serlo mas adelante al tratar de las enfermedades, de que es solo un simple síntoma. Ahora bien, ¿hay realmente una diarrea idiopática, es decir, que existe faltanto toda la inflamacion? De ningun modo se halla demostrado. Las ideas que se habian formado acerca de los diversos catarros se han modificado singularmente en estos últimos tiempos, y se ha visto que las afecciones llamadas catarrales y particularmente el catarro por escelencia, el catarro bronquial, estan á no dudarlo ligadas con una inflamacion que por ser superficial, no por eso es menos verdadera. A caso se dirá que en ciertas diarreas es sumamente corta la duracion de la enfermedad, y que los síntomas son tan leves, que no denotan de ningun modo la inflamacion; esto es lo que principalmente se observa en la diarrea á la que se

(1) *Gaz. med. di Milano*, 1846.
(2) *Mémoire sur la dyssenterie observée à la Guadeloupe* (*Mémoires de l' Acad. de méd.*, t. VIII, 1840).

ha dado el nombre de *diarrea nerviosa.* ¿Pero cuando en la superficie de las mucosas que estan á la vista se ve que una irritacion pasagera da lugar á flujos mas ó menos abundantes, no se puede admitir que lo mismo sucede en el interior del conducto intestinal? Por lo demás, todo depende del modo de resolver una cuestion subsidiaria, á saber: ¿Dónde empieza y dónde acaba la inflamacion? cuestion muy dificil que no pretendo resolver en este lugar.

De cualquiera manera que se consideren las cosas, siempre sucede que en muchas circunstancias y principalmente á consecuencia de vivas emociones, se ve sobrevenir, ya despues de algunos dolores abdominales, ya solo despues de algunos borborigmos, cámaras líquidas mas ó menos numerosas comunmente abundantes, y que son casi el único síntoma de la afeccion leve de que se trata. Estos fenómenos son de muy corta duracion y todo entra en órden, sin que por lo regular sea necesario ningun otro tratamiento.

En cuanto á las demás diarreas idiopáticas admitidas por algunos autores, como la *diarrea de los niños* y la *diarrea asténica*, de ningun modo se halla probada su existencia, y asi no me detendré en ellas. Solo quedan las *diarreas críticas*, sobre las cuales tampoco tenemos mas que datos muy poco exactos, de los que diré algunas palabras al tratar de la enterorrea.

Diarrea intermitente. El dotor Millet (1) ha referido un caso de diarrea serosa, que se reproducia todas las noches á las dos, y que se cortó despues de seis accesos con el sulfato de quinina.

Si en la diarrea idiopática fuesen las deyecciones muy numerosas, y si se prolongase la afeccion, bastaria para hacer desaparecer los síntomas, prescribir el *agua de arroz* ó el *agua albuminosa*, *algunos astringentes*, y administrar una ó dos *lavativas laudanizadas*.

El doctor Bertin (2) ha llegado á dar el *tanino* hasta 50 ó 75 centígramos (10 á 15 granos) y aun hasta un gramo, repetidas dos veces al dia, sin ningun inconveniente, y al efecto cita doce casos de diarreas rebeldes que cedieron completamen-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, agosto de 1844, p. 62.

(2) *Giorn. delle Soc. med. di Torino,* citado en la *Gaz. méd. de Montpellier*, abril de 1846.

te á este medio. En dos de estos casos complicados con disenteria, esta se curó tambien perfectamente. El doctor Levrat Perroton (1) cita tres casos de diarrea rebelde á los opiados y á los emolientes, curados por la *centumnodia* ó *polígono avicular* *(poligonum aviculare)*.

El doctor Lavirotte (2) recomienda el *aceite de nafta*. Segun él, se puede emplear el de nuestras boticas, aunque sea de calidad inferior. Este medicamento es considerado casi como un específico por los médicos rusos del Cáucaso.

En otro tiempo se recomendaba la *potentila* para combatir la diarrea. El doctor Bonnard (3) ha llamado de nuevo la atencion de los médicos sobre esta planta indígena, y ha citado un caso en el que se contuvo una intensa diarrea en cuarenta y ocho horas por la potentila administrada del modo siguiente:

℞ Potentila anserina.. de 8 á 15 gram. (ʒij á ℥ß)
Agua............. 1000 gram. (℔ij)

Cuézase durante diez minutos. Se toma durante el dia.

A los prácticos corresponde esperimentar esta sustancia.

Rayer aconseja contra la diarrea crónica la mezcla siguiente:

℞ Subnitrato de bismuto...... } āā partes iguales.
Carbon vegetal en polvo.... }

Se toma á la dosis de 20, 30 y 40 centígramos (4, 6 ú 8 granos) al dia, divididos en varios papeles.

Solo la esperiencia nos puede manifestar cuál es la verdadera eficacia de este remedio.

El doctor Nevins (4) usa la *nuez vómica* á la dosis de 75 milígramos (1 $^{1}/_{2}$ grano) por dia en la diarrea crónica. Pero como la asocia con otros medicamentos activos, y especialmente con el opio y el carbonato de hierro, no se puede deducir nada de los hechos que refiere.

Boisseuil (5) cita un caso en que el *agua de cal* dada á la dosis de una tercera parte de taza, mezclada con otras dos de leche, dos veces al dia, ha curado una diarrea crónica muy pertinaz.

Diarrea coleriforme de los niños pequeños. Cuando los sinto-

(1) *Journ. de méd. de Lyon*, 1843.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1849.
(3) *Union médicale*, agosto de 1849.
(4) *Lond. med. Gaz.*, 1848.
(5) *Journal de médecine de Bordeaux*, julio de 1846.

mas son muy graves y amenazan la vida de los niños en esta especie de diarrea, Trousseau aconseja los *baños de mostaza*, que hace tomar de la manera siguiente. Se pone en una servilleta 500 gramos (una libra) de harina de mostaza, que deslie en agua fria, despues ata la servilleta de suerte que forme una especie de muñeca en la cual esté colocada la harina, y en fin, se la tuerce y comprime hasta que se ponga el agua amarilla. Conviene desleir la harina en agua fria, porque entonces se desenvuelve en mayor cantidad el aceite esencial de mostaza. Sostenido el niño por la nodriza ó por cualquiera otra persona, se le mete en el baño y bien pronto empieza á sentir la accion irritante de la mostaza que la persona que tiene el niño siente tambien; cuando el escozor es insoportable para ella, se debe sacar el niño, envolverle en una manta de lana y darle jarabe de éter á cucharadas de café.

El doctor Weine, de San Petersburgo (1), aconseja dar *carne cruda* en bolitas ó raspada en la diarrea que aparece con frecuencia en los niños durante el destete; pero si la diarrea es en efecto producida por una alimentacion demasiado poco animalizada, basta dar á los niños buen caldo ó hacerles chupar carne asada.

ARTICULO VII.

ENTERORREA, LIENTERIA, GANGRENA DEL INTESTINO.

Aunque la enterorrea es una afeccion muy rara, no obstante se han reunido algunos ejemplos, de los que los mas interesantes son los que Grisolle ha citado en su *Tratado de patológia*, distinguiéndose entre ellos el caso observado por el mismo Morgagni, y el muy reciente por un médico del Hotel Dieu. Como la enterorrea es una enfermedad muy poco conocida, y acerca de su tratamiento solo tenemos algunos datos inciertos, solo diré muy pocas palabras de ella.

Los fenómenos característicos de la afeccion son *deyecciones serosas* y tan *abundantes* que en el caso que refiere Morgagni la cantidad de líquido arrojada ha sido de 8 quilógramos (16

(1) *Journ. für Kinderkrankheiten*, 1843.

libras) en doce horas, y que en un enfermo observado por Poterius, llegó á 20 quilógramos (40 libras) en veinticuatro horas; un *dolor* muy ligero en el vientre ó ninguno; *debilidad* escesiva que por lo comun se prolonga mucho siempre despues de la curacion, y *enflaquecimiento* rápido.

En algunos casos se han visto coincidir flujos de esta especie con la curacion rápida de algunas enfermedades, y sobre todo de diferentes hidropesías, siendo entonces *flujos intestinales críticos*. Estos casos son muy raros, y en el dia que se observa con mucha atencion no se encuentran con tanta frecuencia como en otro tiempo. En cuanto al orígen del líquido escretado, y sobre el *tratamiento* mas oportuno para cohibir el flujo, no tenemos mas que conjeturas.

Los autores antiguos describen otras afecciones caracterizadas por deyecciones alvinas, á las que se ha dado el nombre de *flujo celíaco*, *lienteria*, etc.; pero en el dia estos diferentes flujos se refieren á otros estados morbosos, y no se consideran ya como enfermedades particulares. Solo diremos aqui que se describia el *flujo celíaco* como una enfermedad en que el quimo y aun el quilo se precipitaba en los intestinos y era arrojado por el ano sin haber sido absorvido. Sin duda el aspecto de las materias escrementicias habia hecho cometer este error en ciertos casos, cuando los médicos se contentaban con una observacion superficial.

La *lienteria* no es otra cosa que un estado morboso en el cual, en medio de las materias líquidas escretadas, se encontraban alimentos mal digeridos; pero ya hemos visto que este fenómeno se debe atribuir principalmente á diversas especies de indigestion.

Solo diremos aqui que en la *lienteria de los niños de pecho*, Trousseau (1) prescribe primero la *sal de Seignette* (tartrato de potasa y sosa) á las dosis de 2 á 5 gramos (36 á 96 granos). Si la enfermedad se resiste da de 5 á 15 centígramos (1 á 3 granos) de *magnesia calcinada* en un poco de leche. Por último, si estos medios no producen efecto, se recurre al *subnitrato de bismuto* á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) ó á la *sal comun* de 2 á 4 gramos (1/2 á 1 dracma). Por mi parte he

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, marzo de 1849.

visto que los *opiados á cortas dosis* producen siempre buenos efectos, y no tienen el inconveniente que algunas veces presentan los medios precedentes de producir una diarrea demasiado abundante.

Tampoco me estenderé mucho sobre la *gangrena* de los intestinos, debida ya á un esceso de inflamacion, ya á la presencia de cuerpos estraños, en una palabra, á causas que deben considerarse como afecciones particulares de las cuales la gangrena no es mas que una consecuencia. Lo mismo sucede con la *dilatacion intestinal* que no tiene ni con mucho la importancia que la del estómago; pero diremos ahora dos palabras acerca de la perforacion y de la rotura de los intestinos.

ARTICULO VIII.

PERFORACION Y ROTURA DE LOS INTESTINOS.

La perforacion intestinal es un punto interesante á causa de la *peritonitis* sobreaguda que la sigue. Bajo este punto de vista merece estudiarse con cuidado; pero no es este el lugar adecuado de dedicarnos á su estudio que será mas oportuno en el artículo en que se trate de la peritonitis.

Es bien raro que se siga la perforacion á una *úlcera simple* de los intestinos, y aun de ningun modo está probado que en los casos citados para demostrar la posibilidad del hecho no se tratase de *ulceraciones tifoideas*, *tuberculosas ó cancerosas*. Por lo demás, en todos los casos la perforacion no da lugar de por sí á ningun síntoma, y solo es notable por sus consecuencias.

Las *causas* que se han admitido de la perforacion son además de las *heridas penetrantes* y la *presencia de cuerpos estraños* en los intestinos, la *gangrena*, las *úlceras disentéricas*, *tifoideas*, *tuberculosas*, *cancerosas* y la *destruccion* de las paredes de los intestinos de fuera á dentro por diversas causas orgánicas, como los *abscesos* de los órganos abdominales, los *aneurismas*, los *entorzarios*, etc.

El doctor Bizot (1), de Baume, ha visto en una señora de

(1) *Bull. de la Soc. de méd. de Besancon*, 1845.

cuarenta y cinco años, salir *lombrices* por una herida abdominal, que resultó de la caida de una escara, sintiendo aquella dolores atroces en el momento en que estas lombrices perforaron los intestinos. Esta enferma se curó perfectamente.

Basta esta simple indicacion porque el entrar en pormenores mas estensos no tendria ninguna utilidad para el práctico. Esta es una cuestion de patologia general, ó mas bien de anatomía patológica en que no debemos detenernos, pues tendremos que volver á hablar de ella al tratar de la *peritonitis sobreaguda*.

Aun es menos interesante para el patólogo la *rotura de los intestinos*. Una enorme *dilatacion* de estos órganos, puede segun algunos autores, dar lugar á este accidente; pero los casos de esta especie son muy raros. Casi siempre la producen las violencias esternas, y entonces, lo mismo que en la perforacion, lo que interesa es la peritonitis subsiguiente. Por esta razon no insistiremos mas sobre estas lesiones que no tienen mas importancia que ser causas evidentes de una afeccion muy grave.

ARTICULO IX.

ESTRECHEZ DE LOS INTESTINOS.

La estrechez de los intestinos es muy rara en el *estado de simplicidad*, es decir, sin haber una afeccion cancerosa ó una ulceracion tuberculosa. Sin embargo, algunos autores afirman que han observado ejemplos de ella, y segun Krisch y Walther (1), citados por los autores del *Compendio de medicina práctica*, habria estrecheces intestinales debidas al *acortamiento*, á la *inercia*, al *estupor de las fibras carnosas*, asi como á la *astriccion*, á la *hipertrofia* y al *espasmo*; pero aun no se halla demostrada la existencia de estas diversas especies.

Las *estrecheces del recto*, órgano que es el mas espuesto á padecerlas, pueden ser, segun Laugier, el resultado de *infartos* producidos por la *sifilis constitucional*, *bridas* formadas por la

(1) *Diss. de int. angus.*; Leipsig, 1731.

induracion del tejido submucoso, y entre otros casos, un tabique con una abertura central estrecha, disposicion tambien atribuida á la sifilis por A. Berard y Maslieurat Lagemard (1). En vista de este corto número de datos se puede conocer cuán poco sabemos acerca de la *estrechez simple de los intestinos*. Algunas veces se ha encontrado una *estrechez congénita* que se refiere á una de las especies admitidas por Krisch y Walther, es decir, á la que consiste en el acortamiento de las fibras.

La *estrechez del recto* es la única que es accesible al tratamiento, y de ella es de la que se tratará principalmente en este artículo, que á causa de los escasos datos que poseemos, no permite entrar en grandes pormenores.

Los *síntomas* de la estrechez intestinal son un *estreñimiento* mas ó menos pertinaz, á veces seguido de una *diarrea* abundante, resultado tardío de los purgantes usados á altas dosis para promover la defecacion. Tambien debemos indicar el *volúmen* y la *tension del vientre* por encima del obstáculo, la inflacion del vientre, la aparicion de unas *abolladuras* producidas por las asas intestinales; el *hipo*, *náuseas y vómitos* de materias alimenticias ó biliosas. En fin se pierde el apetito, las digestiones se hacen muy lentas y difíciles y el enfermo cae en consuncion. Cuando la estrechez ocupa el recto, hay *pesadez hácia* el *perinéo* y *dificultad en la emision de la orina*, debidas á la compresion de la vejiga por las materias fecales acumuladas por encima del obstáculo. Si la estrechez no se halla situada demasiado arriba, se debe reconocer con el dedo una contraccion con una abertura estrecha y bordes duros, cuya existencia es preciso tratar siempre de averiguar.

En una época algun tanto adelantada de la enfermedad, es muy difícil vencer el estreñimiento. Si aun hay deyecciones de cuando en cuando, presentan estas de notable que las materias arrojadas tienen un diámetro muy pequeño, son como *cintas*, como *pasadas por hilera*, en una palabra, presentan la forma de la abertura estrecha por la que han pasado. Mas adelante se suspende toda escrecion, el vientre se pone enorme, la *ansiedad* es estremada, se observan á veces *vómitos de materias fecales*, y el enfermo sucumbe ya por los progresos de una

(1) *Gaz. méd.*, marzo de 1839.

peritonitis general, debida algunas veces á una rotura del intestino, ya por los largos padecimientos que ha sufrido.

Esta enfermedad es *crónica*, y el primer síntoma es el estreñimiento que se manifiesta poco á poco. Su *duracion* es indeterminada. Cuando no ocupa el recto ó una parte poco alta de la S iliaca hay que considerarla como mortal, porque nuestros medios de tratamiento no pueden contener sus progresos ni suplir el paso de las materias.

Ya hemos visto mas arriba á qué *causas orgánicas* se debe atribuir la afeccion. El doctor Corbin (1) ha tratado de probar que la estrechez era casi siempre consecuencia de una *ulceracion;* ¿pero la ulceracion es ó no de naturaleza cancerosa ó tuberculosa? Esto no puede resolverse por los hechos que ha citado, y de los cuales el mas notable es el comunicado por el doctor Pages. Efectivamente, este médico ha encontrado en un caso observado en el hospital de la Caridad once estrecheces sucesivas que correspondian á otras tantas úlceras. Por otra parte Louis (2) ha demostrado que la estrechez era frecuente en los tuberculosos, y tenia por causa orgánica la ulceracion. Con este motivo ha citado hechos muy interesantes, y en los cuales ha desempeñado un gran papel la lesion intestinal. Estos hechos prueban que la estrechez intestinal no es en la mayor parte de los casos á lo menos, mas que una afecccion ligada con una enfermedad antecedente, y que la ulceracion que la determina es por sí misma una alteracion dependiente de la enfermedad primitiva.

El *diagnóstico* de la estrechez de los intestinos que se halla situada por encima del recto es muy dificil, á lo menos cuando se trata de una simple estrechez. En efecto, hay casos en que no se puede decir si es una *estrangulacion interna* ó una simple estrechez. Sin embargo, ya veremos mas adelante que en la estrangulacion *interna* tiene la enfermedad un curso menos contínuo, que los accidentes despues de haberse reproducido muchas veces, se manifiestan rápidamente con una violencia muchas veces estremada, y estas consideraciones podran servir de guia para el diagnóstico.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XXIV.
(2) *Recherches sur la phthisie*, 2.ª edicion, Paris, 1843, p. 559.

En cuanto al *diagnóstico de la estrechez del recto* en particular, se le puede formar por medio del cateterismo haciendo uso de candelillas esploradoras, y empleando el aparato indicado por Laugier; pero estos pormenores son mas propios de la cirujía, por lo cual no debo insistir aqui sobre ellos. Algunas veces penetra el dedo hasta una estrechez, y entonces se puede hasta cierto punto asegurarse de si se trata realmente de una estrechez simple, semejante á las que se han indicado mas arriba.

Tambien pertenece á la cirujía lo principal del *tratamiento* de la estrechez del recto. Los *diluentes*, los *purgantes*, las *lavativas* de diversas especies no son en efecto mas que *paliativos*. Los verdaderos medios *curativos* son la *introduccion de candelillas*, de *mechas*, la *incision* de las bridas, la *cauterizacion* de la parte estrechada, y en fin, en el caso en que la estrechez es tan grande que hay una verdadera obturacion cuando no puede vencerse y persiste largo tiempo la retencion de las materias, el establecimiento de un *ano artificial*, ya por el método recientemente acreditado por Amussat (1), ya por cualquiera de los otros que se han usado. Basta lo dicho para comprender que no me debo detener mas sobre estos puntos, porque seria salirme del dominio de la patologia interna..

ARTICULO X.

ESTRANGULACION INTERNA.

Antiguamente se designaba con el nombre de *íleo* todos los obstáculos al curso de las materias intestinales. En estos últimos tiempos ha habido tendencia á reemplazar esta palabra por la de *estrangulacion interna*; sin embargo, ni uno ni otro deben tener una significacion tan estensa, pues el obstáculo al curso de las materias es ocasionado por demasiadas causas diferentes para que se puedan reunir todas las variedades en una sola y misma clase. En efecto, basta que haya una simple estrechez, un tumor en el intestino ó fuera de él, ó bien un

(1) *Quelques réfl. prat. sur les obstr. du rect.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1839).

cuerpo estraño, y aun una acumulacion de materias fecales en un punto cualquiera de aquel órgano, para que se encuentre interrumpido el curso de las materias fecales. Era pues necesario desechar por una parte el nombre de *íleo* que no puede aplicarse á ninguna enfermedad determinada, y por otra definir bien qué se debe entender por la palabra *estrangulacion interna.*

En una memoria recientemente publicada, Rokitansky (1) admite tres especies de ella: una que no es mas que la *estrechez* ó la *obliteracion* causada por una *presion esterna;* otra que consiste en el *arrollamiento* de una porcion del intestino al rededor de un eje formado por otra parte de él; y otra que es la estrangulacion producida por *anillos*, *bridas celuloso-membranosas*, la adhesion del apéndice vermiforme, etc. Yo creo que se debe admitir esta division porque reasume las diversas especies de estrangulacion sin comprender enfermedades estrañas. Sin embargo, quizás se deberia añadir la *invaginacion intestinal*, porque no es dudoso que en este accidente está bastante estrangulado el intestino invaginado. Pero aun aceptando esta opinion, no por eso seria menos preciso describir la invaginacion por separado, porque presenta algunos signos que le dan un aspecto particular. Por consiguiente, no nos ocuparemos mas que de las especies admitidas por Rokitansky y la mayor parte de los anatómicos-patologistas modernos. Los autores del *Compendio de Medicina práctica* no quieren admitir la clase primera, porque el intestino no tiene una parte activa en la estrangulacion; sin embargo, no se puede dudar que esté estrangulado, y como los casos de este género no se diferencian por los síntomas de aquellos en que el intestino toma una parte activa, parece que podemos pasar por alto esta dificultad. Por lo demás esta es una cuestion de anatomía patológica que no es de la mayor importancia para nosotros.

El doctor Benj. Phillips (2) ha averiguado cuál era la frecuencia de la obstruccion intestinal considerada de un modo general, es decir cualquiera que sea la causa que intercepta el cur-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1837; *Sur les étranglements int. des int.* extrait du *Med. Jahrb. des oest. Sc.*, XIX, vol., 1836.
(2) *Lond. med. chir. Trans.*, 1843.

so de las materias, y ha encontrado que entre 2392 autopsias hechas por varios autores, esta disposicion anormal existia veinte y dos veces, es decir, una vez por 100.

Segun resulta de las investigaciones de Rokitansky, la estrangulacion esterna que se ha descrito con los nombres de *ileus*, *passio iliaca*, *miserere mei*, *vomitus estercoris*, *volvulus*, etc., puede afectar á *todas las edades*. No obstante, se observa mas frecuentemente en los adultos ó en una edad avanzada. Segun una observacion de Gendron (1) se puede ver la estrangulacion interna inmediatamente despues de nacer.

Casi todas las *causas* determinantes de la estrangulacion interna son orgánicas; por lo cual difiero su descripcion para cuando trate de las lesiones anatómicas que espondré sucintamente mas adelante. En algunos casos, como en aquellos en que los intestinos se encuentran introducidos en un anillo fibroso ó pasan rápidamente bajo una brida, pueden esplicar la produccion del accidente los esfuerzos hechos por el enfermo; pero en otros nada de esto existe, y el curso de la enfermedad, que vamos á esponer, prueba que se ha verificado lentamente la estrangulacion.

Síntomas. Segun Rokitansky, los síntomas de la estrangulacion interna, considerada de un modo general, son los siguientes; durante un período mas ó menos largo antes que se verifique la terminacion fatal, el enfermo presenta de cuando en cuando, dice este autor, síntomas que indican la estrangulacion del intestino. Estos proceden ya de *faltas en el régimen*, ya de un *esfuerzo violento*, y empiezan generalmente por un dolor agudo y repentino en los intestinos. En algunos casos este dolor parte de un punto determinado, y es seguido mas ó menos pronto de una *distension notable del abdomen*, de *timpanitis* y *de constriccion del pecho*, igualmente que de una gran *ansiedad*, *náuseas y vómitos* segun la violencia y la antigüedad de la estrangulacion. Mientras duran estos síntomas y aun muchas veces en los intervalos que dejan, son raras las *deposiciones* y aun se observa un *estreñimiento* permanente y pertinaz.

«El último ataque tiene siempre, segun Rokitansky, un aspecto particular. Casi siempre es producido por algun estravío

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. VIII.

en el régimen, y se anuncia por un *dolor* intestinal repentino y violento, que se estiende muy pronto á todo el abdomen. El vientre *se eleva* escesivamente, la *respiracion es laboriosa*, los *ojos* se hunden, la *cara* se altera y espresa gran *ansiedad*, las *evacuaciones alvinas* son poco abundantes, y raras y las mas veces hay *estreñimiento* pertinaz. Los *vómitos* que al principio son *biliosos*, estan despues formados por *materias fecales;* el *calor* general se disminuye y el *pulso* apenas se percibe. Todos los síntomas remiten por lo comun poco antes de la muerte.»

Estos síntomas pueden considerarse como una espresion bastante exacta de lo que sucede ordinariamente en los casos de estrangulacion interna; sin embargo, conviene decir alguna cosa sobre el modo con que se suceden. Louis (1) ha notado que en los primeros dias no se observan mas que *síntomas gástricos*, y que los demás síntomas característicos no se manifiestan hasta una época mas ó menos avanzada y sucesivamente. Sin pretender considerar este hecho como regla general, importaba mucho darle á conocer para no tomar por afecciones gástricas ciertos casos de estrangulacion interna.

Los *vómitos* son á veces puramente biliosos y esto no solo se ha notado en algunas observaciones recogidas por Rokitansky sino tambien en otras muchas esparcidas en las diferentes colecciones.

Como acabamos de ver, segun la descripcion trazada por Rokitansky, el *curso* de la enfermedad es irregularmente intermitente. En efecto, si se examinan las observaciones, se ve que precedieron varios ataques al que arrebató al enfermo, y que estos ataques caracterizados por los síntomas de la suspension del curso de las materias, van aumentando de violencia á medida que se acercan al último. Sin embargo, no es esta una regla que carezca de escepcion, lo que se concibe fácilmente, cuando se recuerda que se puede producir la estrangulacion, quizás por el paso rápido de una asa de intestino por una abertura demasiado estrecha. Tambien en ciertos casos, progresando imperceptiblemente la estrangulacion, á pesar de que los enfermos no hayan cometido las faltas en el régimen, que segun Rokitansky producen los ataques, la enfermedad que ha-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XIV.

bia dado lugar á síntomas contínuos, y sobre todo á un largo estreñimiento, acaba por determinar accidentes terribles prontamente seguidos de la muerte. De aqui se sigue que la *duracion* de la enfermedad es muy variable. En cuanto á la duracion de lo que Rokitansky llama ataques, se puede decir en general, que es de unos quince dias á tres semanas. Sin embargo, hay casos en que sobreviene la muerte mucho mas pronto.

¿Es siempre *fatal la terminacion?* Asi parece que sucede en la estrangulacion interna; tal como la hemos definido mas arriba. Pero si se quisiese incluir en esta enfermedad el *atascamiento del intestino* y el *vólvulo*, nos aconteceria lo mismo; porque en estas últimas afecciones se puede obtener muy bien la curacion.

Tampoco nos debemos detener mucho en las *lesiones anatómicas*. Unicamente decimos que la estrangulacion está producida por *bridas* celulofibrosas, como en el caso observado por Louis, por *adherencias del apéndice vermicular*, por un *divertículo del intestino*, como en una observacion de Rayer (1), y en otra referida por el doctor Tinniswood (2), quien ha visto en un niño de seis años y medio, una estrangulacion interna causada por una brida que formaba un apéndice del intestino delgado, cuya estremidad iba á adherirse á otra porcion del mismo intestino; por los diversos *anudamientos* descritos por Rokitansky; por pasar una asa del intestino por una abertura demasiado estrecha: en las *dislaceraciones del mesenterio*, del *epiploon*, en una *abertura del diafragma*, como de ello ha citado Sigaud (3) un ejemplo, en el hiatus de Winslow (Obs. de Blandin) etc.; en fin, por los diversos *tumores* que puede haber al rededor del intestino y estrechar su calibre. Habiendo tratado de indagar Benj. Phillips (4) cuál era la frecuencia de los casos en que se halla producida la obstruccion por *bridas*, *adherencias*, y el paso del *intestino al través de una abertura anormal* ó el *retorcimiento del intestino sobre sí mismo*, ha encontrado sesenta casos entre ciento sesenta y nueve. Estas diversas

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. V.
(2) *Lond. and Edinb. monthly Journ.*, julio de 1844.
(3) *Arch. gén.*, 1.ª série, t. XIII.
(4) *Lond. med. chir. Trans.*, 1848.

variedades reunidas son un poco menos frecuentes que la invaginacion.

El doctor Mackenzie (1) ha visto dos casos de estrangulacion intestinal que resultaba de la *torsion de la S del cólon* sobre sí mismo. El doctor R. L. Hardy (2) ha citado un caso en el cual la estrangulacion intestinal habia sido ocasionada por el *anudamiento de una asa del intestino al rededor del pedículo de un quiste del ovario.* El doctor Bainbrigge (3) ha observado en un hombre de cincuenta y tres años, una estrangulacion intestinal causada por la presencia de un *bazo supletorio en el epiploon mayor*, y el doctor Alonso ha visto el mismo accidente ocasionado por la *dislocacion del bazo y del páncreas* (4).

Como no seria útil, bajo el aspecto práctico, entrar en mayores detalles, solo diré dos palabras acerca de las bridas celulosofibrosas. ¿Se deberán atribuir estas á la inflamacion? puede ser en algunos casos, pero es evidente que no en todos. En la observacion que ha citado Louis ha buscado en vano vestigios de inflamacion, y en la de Gendron mafiestamente no se debia atribuir á esta causa la produccion del obstáculo congénito al curso de las materias.

Para terminar la indicacion de las lesiones, basta decir que las principales son: el desarrollo considerable de la porcion de intestino situada por encima del obstáculo, la acumulacion de materias fecales y de gases, el engrosamiento de las paredes intestinales á consecuencia de esta dilatacion, y á veces la inflamacion de la parte de intestino estrangulada, y una peritonitis consecutiva.

El *diagnóstico* de esta afeccion presenta á veces verdaderas dificultades, no porque la haya en distinguir la estrangulacion de cualquier otra enfermedad, sino porque es con frecuencia muy dificil diferenciar sus diversas especies entre sí. Sin embargo, diremos que la palpacion y la percusion dan á conocer la que es ocasionada por un *tumor que comprime el intestino*; que los mismos medios de esploracion y el sitio que ocupa este tumor

(1) *Remarques sur l' étranglement indt. des intest. et sur son trait.* (*Lond. med. Gaz.*, 1848).

(2) *The Lancet*, abril de 1845.

(3) *Lond. med. Gaz.*, diciembre de 1846.

(4) *Arch. della medic. espan. y estrani.*, octubre de 1846.

dan á conocer la *invaginacion intestinal*, de la que se hablará muy en breve, y por último, que se deberá examinar atentamente las regiones inguinales, el ombligo y la línea blanca para asegurarse de que no existe *hernia*, y preguntar al enfermo con cuidado sobre los fenómenos que se han manifestado por esta parte; porque importa mucho, y se concibe bien el por qué, saber si la estrangulacion interna es debida á esta causa de la que no he hablado, porque los hechos de esta especie son del dominio de la cirujía.

Pronóstico. En vista de lo que se ha dicho, el pronóstico es sumamente grave. Algunas veces cesan de pronto los dolores; pero es preciso no dejarse alucinar, porque mientras persistan la timpanitis y se halle interrumpido el curso de las materias, la gravedad del pronóstico sigue siendo la misma.

Tratamiento. En atencion á lo que acabo de decir acerca de la *estremada gravedad de esta afeccion*, es evidente que el tratamiento tiene muy poca accion sobre ella. En efecto, es una de aquellas en que la medicina es casi del todo impotente. Asi pues, nos limitaremos á indicar los medios que han tenido mejor éxito como *paliativos*. Cuando son muy vivos los dolores se emplean las *emisiones sanguíneas*, y principalmente las *sanguijuelas* en gran número, lo que en la mayor parte de casos ha producido un alivio, pero leve y pasajero.

Los *purgantes suaves* y particularmente los *calomelanos*, son sin disputa los medios mas útiles; pues en los casos observados por Rokitansky han bastado para poner prontamente término á los primeros ataques y han producido algun alivio al principio del último. Lo mismo ha sucedido en los que nos han dado á conocer Dance, Louis, Rayer, etc. Por consiguiente no puede el médico dispensarse de usar estos medios tan sencillos. El *agua de Sedlitz*, el *aceite de ricino* á la dosis de 30 á 50 gramos (1 á 1 $^1/_2$ onza), los *calomelanos* á la dosis de 50 á 60 centígramos (10 á 12 granos) etc. llenarán prontamente esta misma indicacion.

Sin embargo, respecto al uso de los purgantes, es preciso hacer una reflexion, que me parece muy importante, y que me sugieren casi todos los hechos que han llegado á mi noticia. Mientras que no es completa la estrangulacion, es decir, en tanto que la obliteracion del intestino no ha llegado á sus úl-

timos límites, el uso del purgante es seguido despues de algunos dolores de tripas, de deyecciones alvinas abundantes, y de un gran alivio que es su necesaria consecuencia; por el contrario, cuando es completa la obliteracion, los síntomas se agravan y sobrevienen dolores de vientre muy violentos, y una gran ansiedad que nada puede hacer cesar. Estos fenómenos son fáciles de comprender. Efectivamente, mientras que existe algun paso, por estrecho que sea, las fuertes contracciones de los intestinos pueden vencer el obstáculo y desembarazarle de las materias que han liquidado la accion de los purgantes; pero cuando no se puede atravesar el obstáculo, los purgantes no producen otro efecto que aumentar la aglomeracion de materias y escitar las contracciones del intestino, contracciones importantes, cuyo efecto es producir dolores violentos y las angustias de que acabamos de hablar.

En una afeccion en la que la ansiedad y los dolores son tan vivos, es evidente que se deben emplear los *narcóticos;* pero es preciso darles á alta dosis. Esta simple indicacion bastará al práctico. Tambien se usan los *antiespasmódicos*, y se aplican sobre el abdomen las *preparaciones calmantes;* en una palabra se procura por todos los medios hacer menos intensos los principales síntomas, porque es preciso repetirlo, cuando hay una verdadera estrangulacion, el tratamiento solo puede ser paliativo.

Sin embargo, el doctor Homolle (1) ha referido tres casos en que se obtuvo un éxito feliz por medio de la *estricnina* administrada de la manera siguiente:

℞	Estricnina pura............	2	centígram.	(²/₅ g̃)
	Azúcar blanca.............	1	gram.	(18 g̃)
	Magnesia calcinada........	4	gram.	(ʒj)

Mézclese exactamente y divídase en veinte papeles iguales. Se toma uno de hora en hora.

¿Pero habia estrangulacion ó un simple atascamiento?

Enterotomía. El doctor Maisonneuve (2) ha practicado hace algunos años la enterotomía, en un caso de obliteracion del intestino delgado, y animado por este buen resultado, ha pro-

(1) *Gaz. des hôp.; Compte rendu de la Soc. méd. du Temple,* 1849.
(2) *Arch. gén. de méd.,* diciembre de 1844; *Séances de l' Ac. de méd.*

puesto aplicar esta operacion á las diversas especies de estrangulacion ó de obstruccion señaladas mas arriba. Solo la esperiencia nos puede ilustrar acerca del verdadero valor de esta operacion que solo se ha practicado unas cuantas veces y con muy diversos resultados, antes de Maissonneuve. Pero entretanto debemos decir que hay casos tan desesperados, que no se puede reusar á los enfermos esta probabilidad de curacion. En cuanto á los diversos métodos que se pueden seguir en la operacion, Maissonneuve los ha espuesto perfectamente en su memoria (1).

ARTICULO XI.

INVAGINACION DE LOS INTESTINOS.

Esta enfermedad que se comprendia antiguamente, como he dicho antes, en la descripcion del *íleo*, no ha sido estudiada de un modo conveniente hasta que los progresos de la anatomía patológica han permitido conocer bien las disposiciones del intestino que las producen. En estos últimos tiempos se han citado un gran número de casos de esta enfermedad, y Dance ha escrito sobre ella una interesante memoria publicada en 1826.

Definicion, sinonimia y frecuencia. La invaginacion es como su nombre lo indica, la penetracion de mayor ó menor parte del intestino en el interior de otra parte del mismo órgano. Esta enfermedad ha recibido particularmente el nombre de *vólvulo*, y tambien se la designa bajo el de *intussuscepcion*, *passio iliaca*, etc. Aunque se tengan un gran número de ejemplos de este accidente, sin embargo, no es muy comun, á lo menos, si ciertas invaginaciones que no producen síntomas apreciables se manifiestan con bastante frecuencia, no sucede lo mismo con las que producen los fenómenos que se describirán mas adelante. No obstante, si en lugar de estudiar la frecuencia de esta enfermedad de un modo absoluto, nos contentamos con compararla con la de las demás causas de obstruccion intestinal, se llegará á conocer que la invaginacion es la que se observa con

(1) *Mém. sur l' entérotomie de l' intestin grêle dans les cas d' oblit. de cet organe* (*Arch. gén. de méd.*; abril de 1843).

mucha mas frecuencia. En efecto, el doctor Benj. Phillips (1) ha encontrado sesenta y tres veces la invaginacion entre ciento sesenta y nueve casos de obstruccion intestinal, producida por diversos obstáculos. Las demás causas de obstruccion son notablemente menos frecuentes.

Causas. Es bastante dificil indicar las verdaderas causas de la invaginacion intestinal. En cuanto á las *causas predisponentes*, solo tenemos datos sobre la *edad* y el *sexo*, que son muy insuficientes. Se ha encontrado la invaginacion en todas las edades, y aun se ha dicho que era sobre todo muy comun en los niños.

El doctor Markwick (2) ha visto una invaginacion considerable del intestino grueso en *un niño de cuatro meses*. El principal síntoma en este caso fue una gran hemorragia intestinal. Hácia el fin, las materias escretadas tenian un olor gangrenoso y la porcion invaginada estaba completamente gangrenada.

El doctor Taylor (3) ha observado una invaginacion considerable del intestino delgado en un niño de veinte meses. Yo mismo (4) he dado la descripcion de una porcion de intestino eliminada por el ano, con dos *divertículos* que hacian muy notable este caso, observado en un *niño de trece meses* por el doctor Marage.

Sexo. Thomson (5) ha encontrado en treinta y cuatro casos veinte del sexo masculino y catorce del femenino. La principal *causa ocasional* seria, segun Dance, la inflamacion intestinal; pero á veces es muy dificil decir si esta inflamacion ha precedido ó seguido á la invaginacion. Por otra parte se han observado casos en que se ha producido la enfermedad repentinamente. En algunas ocasiones han presentado los primeros síntomas de la invaginacion inmediatamente despues de *esfuerzos violentos*, *gritos y caidas*, y segun dice Burford (6), y despues de la administracion de un *purgante drástico*. En fin,

(1) *Lond. med. chir. Trans.*, 1848.
(2) *The Lancet*, julio de 1846.
(3) *The Lancet*, diciembre de 1843.
(4) *Note sur un cas d' expuls. par l' anus d' une portion de l' intestin, acomp. de deux divertic. qui lui étaient unis* (*Union médicale*, 2 de febrero de 1850).
(5) *Abst. of cases*, etc. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, 1836.
(6) *The Lancet*, 1840.

Cloquet y otros observadores han visto que un *pólipo* arrastró una porcion de intestino y la introdujo en otra que le era inferior.

Los doctores Ogier, Ward y Prescott Herwett (1) han citado cada uno un caso parecido.

Síntomas. Se han dividido las invaginaciones intestinales en muchas especies; pero cuando se ha tratado de la descripcion de los síntomas, no se ha tenido en consideracion estas divisiones que no ofrecen por consiguiente interés sino bajo el aspecto de la anatomía patológica. Me limitaré pues á indicarlas en el artículo de las lesiones anatómicas. Unicamente recordaremos aqui la opinion de Dance que cree que la invaginacion del intestino delgado es mucho menos grave que la del intestino grueso, la cual frecuentemente no presenta ningun síntoma. Esta opinion ha sido combatida por Cruveilhier (2) como demasiado absoluta y sin embargo, resulta de las observaciones que poseemos, que en los mas de los casos en que han sido muy violentos los síntomas y han ocasionado la muerte, habia una invaginacion del intestino grueso.

Los síntomas de la invaginacion intestinal tienen gran semejanza con los de la *estrangulacion interna*. Sin embargo, hay en la primera algo de particular que merece llamar nuestra atencion, y que ha motivado la distincion que hemos hecho entre estos dos estados morbosos. Es raro que los enfermos no hayan esperimentado antes, en una época mas ó menos distante, algunos accidentes en el conducto digestivo, tales como *dolores* en diferentes puntos y alternativas de *diarrea y estreñimiento* y un desarreglo mas ó menos notable de las digestiones. Bajo este aspecto, es completa la semejanza con la estrangulacion interna. Es verdad que hay casos en que sobrevienen repentinamente los accidentes de la invaginacion; pero ya hemos visto que la estrangulacion interna que resulta de pasar el intestino por una abertura estrecha producia igualmente síntomas que aparecen repentinamente. Asi es que nada hay en los primeros fenómenos que sea propio de la invaginacion.

Cuando la invaginacion intestinal ha llegado á un alto gra-

(1) *Lond. med. Gaz.*, noviembre de 1846.

(2) *Anat. patholog. du corps humain.*

do, entonces se observan *náuseas* y *vómitos biliosos* por los que principia, siguen despues *dolores de vientre* frecuentemente muy violentos, *sensibilidad á la presion*, que ocupa mayor ó menor estension del vientre; pero mayor aun en aquel en que por la *palpacion* se descubre un *tumor* oblongo, á veces de un considerable volúmen, y que da un sonido á macizo por la *percusion*. En algunas ocasiones no estan impedidas las *evacuaciones alvinas* y son líquidas, parduscas, muchas veces fétidas y teñidas de mayor ó menor cantidad de sangre. Por el contrario, algunas veces hay *estreñimiento* pertinaz; pero este síntoma se observa menos constantemente que en la estrangulacion. En la mayor parte de los casos *alternan* el estreñimiento y la diarrea.

Al principio de la enfermedad la *cara* esta medianamente alterada, *no hay calentura*, y nada se observa de notable escepto el dolor, el desórden de las digestiones y el estreñimiento. Pero progresando mas el mal, se desarrolla la *calentura*, hay *sed intensa*, *eructos*, *regurgitaciones*, *vómitos frecuentes* y un *hipo* muchas veces muy molesto. La *cara se altera*, el *enflaquecimiento* hace manifiestos progresos y hay una *ansiedad* mas ó menos notable.

En los últimos tiempos, el *vientre* se pone voluminoso y en estremo sensible, lo que depende á veces del desarrollo de una *peritonitis* al rededor de la invaginacion. Los síntomas *gástricos* persisten ó se aumentan; las *deyecciones* son parduscas y continúan siendo líquidas; á veces son muy frecuentes y producen *pujos* como en un caso observado por Buet (1); otras veces se hallan completamente *suprimidas*. En fin, la cara se pone *contraida*, el *pulso* es pequeño, muy frecuente, casi imperceptible, y puede haber un *enfriamiento* glacial, como en una observacion recogida por Dance (2), y el enfermo sucumbe.

Sin embargo, alguna veces terminan por la curacion aun que los síntomas sean tan violentos como los que acabo de describir. Si entonces se examinan las deyecciones, se observa la notable circunstancia estudiada principalmente por Gaultier de Claubry (3), de *espelèrse* por las cámaras una porcion á veces considerable del intestino. No referiré aqui todos los casos

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XIV, 2.ª obs.
(2) *Arch. gén. de méd*, 1.ª série, t. XXVIII.
(3) *Sur la termin. de quelques cas de volvulus* (*Journ. hebd.*, 1833).

de esta especie, pues son generalmente conocidos, y solo me limitaré á decir que se ha visto arrojar asi hasta tres pies de intestino. El intestino delgado es el que sufre mayores pérdidas de sustancia; porque apenas hay ejemplo de la espulsion de una parte del intestino grueso que pase de un pie de longitud; lo cual sin duda se esplica por la mayor gravedad de la afeccion en estos últimos casos, y porque sobreviene demasiado pronto la muerte para que se pueda verificar la eliminacion.

La espulsion de estas porciones de intestino van ordinariamente precedidas de *deyecciones* mucosas, saniosas y sanguinolentas. Sin embargo, en algunos casos las materias espelidas son simplemente fecales. Despues de la espulsion hay muchas veces, como hace notar Gaultier de Claubry, una *hemorragia intestinal* casi constante, pero que varia mucho respecto á su abundancia.

Despues de esta eliminacion, se verifica rápidamente la curacion, y solo esperimentan de cuando en cuando los enfermos algunos dolores abdominales y diarrea; en otros estos accidentes llegan al mas alto grado, sin que por eso sea mas fatal la terminacion de la enfermedad: hay prolongados trastornos de la digestion, y á veces, como ha notado Gaultier de Claubry, los enfermos no pueden enderezar el tronco sin esperimentar *tirones dolorosos* en el abdomen; pero despues de mucho tiempo todo entra en órden y nada queda de la enfermedad.

Por último, en otros casos los síntomas persisten y se agravan, las deyecciones continúan siendo sanguinolentas, la diarrea es considerable, los dolores son cada vez mas vivos, y los enfermos sucumben estenuados.

Cuando se trate de la *terminacion* indicaré cuáles son á veces las consecuencias peligrosas de la invaginacion, aun despues de la eliminacion de la parte invaginada.

Curso, duracion y terminacion. El *curso* de la enfermedad es como hemos visto, muy diferente segun los casos: unas veces hay alternativas mas ó menos frecuentes y mas ó menos prolongados de calma y padecimientos, antes de verificarse el último ataque; y en otras ocasiones, por el contrario, sobreviene desde luego el ataque mortal y progresa de un modo continuo hácia una terminacion funesta; en fin, en otros casos

manifestándose repentinamente la invaginacion hace rápidos progresos. Asi pues la *duracion* es muy variable, pudiendo sucumbir los enfermos en algunos dias, al paso que otras veces la enfermedad se prolonga por espacio de muchos meses, y hasta se la ha visto durar dos años y aun mas. Los accidentes que se siguen á la eliminacion del intestino invaginado, hacen tambien que varie mucho esta duracion.

En cuanto á la *terminacion* ya hemos visto que era con frecuencia favorable; pero como dice muy bien Dance, casi siempre ocurre esto en los casos de invaginacion del intestino delgado. El hecho está principalmente demostrado por las observaciones de eliminacion de que he hablado ya. De treinta y dos casos en que Thomson ha podido reconocer cuál era la porcion del conducto intestinal, ha encontrado que veinte y dos veces pertenecia esclusivamente al intestino delgado. Esto supuesto, si agregamos á este hecho la consideracion de que en la invaginacion intestinal la eliminacion es sin contradiccion la terminacion mas favorable, si no es la única, deberemos deducir que la invaginacion del intestino delgado es la menos peligrosa.

El doctor Dayton (1) ha citado un caso en el que hubo eliminacion de una porcion de intestino que correspondia al intestino delgado, y que tenia la longitud de doce pulgadas. Este caso se observó en un hombre enfermo hácia ya mucho tiempo y espuesto á vivos dolores de vientre.

Despues de la espulsion del intestino separado, el enfermo entró prontamente en convalecencia y no le quedó mas que un dolor en el lado derecho del vientre, dolor que se aumentaba estando sentado. El doctor Luizi Citadini, de Arezzo (2), ha visto en un hombre de unos cincuenta años, verificarse la espulsion por el ano de una porcion de intestino delgado, cuya longitud se ha calculado en cerca de una *braza*, á la que se siguió una completa curacion.

Lo que puede hacer que la terminacion sea funesta son las consecuencias de la eliminacion. Si en el momento de la separacion de la parte intestinal espelida, no son suficientes las ad-

(1) *The New-York Journ.*, 1845.
(2) *Raccoglitore medico,* febrero de 1846.

herencias, se abre el intestino en el peritoneo, y se sigue una peritonitis mortal. Por otra parte se puede verificar la cicatrizacion de una manera viciosa, de lo que resulta una estrechez que mas tarde ocasionará la muerte. Creo pues que bastará indicar la posibilidad de estos accidentes.

Lesiones anatómicas. No me estenderé mucho sobre las lesiones anatómicas, por interesantes que sean, porque son de una importancia secundaria para el práctico. Casi siempre se hace la invaginacion del intestino de *arriba abajo*, es decir, que una porcion de este órgano penetra en otra porcion mas aproximada á la abertura inferior. Sin embargo, se han citado casos en que ha sucedido lo contrario, y de alli proviene lo que se ha llamado *intussuccepcion descendente é intussuscepcion ascendente ó retrógrada.*

Cruveilhier ha querido atribuir esclusivamente esta última especie á la invaginacion de los agonizantes; pero se han citado hechos que prueban que se puede producir durante la vida, y dar lugar á los mismos síntomas que la precedente. A veces es una porcion de intestino delgado la que ha penetrado en la porcion siguiente, y ha sido detenida por la válvula del ciego; á veces tambien atraviesa esta válvula, y el mismo ciego se invagina en el cólon, que puede á su vez ser empujado en el recto. En otras ocasiones solo se invagina la porcion del ciego ó del cólon en la porcion interior del intestino grueso.

Cuando la invaginacion es simple y se da un corte perpendicular en el sitio que ocupa, se nota lo siguiente: Primero se halla la membrana serosa del intestino invaginante, despues dos superficies mucosas en contacto, luego dos superficies serosas, y en fin, la membrana mucosa del intestino invaginado, que forma en el centro una cavidad por la cual han podido pasar las materias para salir al esterior.

Tal es la invaginacion mas simple; pero con frecuencia el intestino invaginador se invagina á su vez en una parte mas inferior, y por consiguiente hay sobreposicion de nuevas paredes. De aqui resultan disposiciones complicadas que seria inútil indicar en este lugar. Unicamente diremos lo que sucede en las membranas colocadas asi en posiciones viciosas, en las cuales siempre se encuentran vestigios de una inflamacion muchas veces muy violenta. Son gruesas, de color

rojo vivo ó pardusco, á veces negras, muy fáciles de rasgar, infiltradas de un líquido sanioso, evidentemente gangrenadas. El intestino invaginante esperimenta algunas veces un reblandecimiento tal que la parte invaginada rompe sus paredes por su hinchazon, y forma al esterior una prominencia parecida á un muñon. Esto es lo que se observó en el segundo caso citado por Buet, y lo que he visto hace algunos meses en el hospital de Santa Margarita, en un jóven que tuvo una invaginacion cuyos progresos pudieron seguirse durante la vida.

Algunas veces se manifiestan al rededor de la parte afectada indicios de peritonitis, y de alli proviene la dificultad que se esperimenta en muchos casos, de reconocer el estado de las partes.

Las membranas mucosas anormalmente aplicadas una contra otra, se cubren de una capa mas ó menos gruesa de materia gelatinosa, y de diverso color segun que está ó no mezclada con líquidos saniosos. En cuanto á las membranas serosas que se hallan en el mismo caso, se unen por falsas membranas, que se han encontrado en un grado bastante adelantado de organizacion, cuando la enfermedad duraba algun tiempo. En los sugetos que han sucumbido despues de la eliminacion de una parte del intestino, se encuentra unas veces rotura con *peritonitis consecutiva*, y otras una cicatriz que como he dicho mas arriba, puede dar lugar á una estrechez.

En un niño pequeño observado por Marage, y del que he hablado mas arriba, habia en la porcion de intestino invaginado y eliminado, dos apéndices de cerca de 6 centímetros (30 líneas) de largo, que muy probablemente habian producido la invaginacion. Tales son las lesiones anatómicas que importa conocer.

Diagnóstico. La única afeccion con que importa comparar aqui la invaginacion intestinal, es la *estrangulacion interna* producida por otras causas. Es verdad que la *peritonitis* podia dar lugar á algunas equivocaciones; pero ya indicaré este diagnóstico despues de haber descrito esta última afeccion.

Ya se ha visto que los síntomas de la invaginacion intestinal eran casi todas comunes á esta enfermedad y á la *estrangulacion interna* anteriormente descrita. Entonces se deben buscar los elementos del diagnóstico en el estado del abdomen

reconocido por la palpacion y la percusion, y en los caracteres de las deyecciones alvinas. Cuando la invaginacion del intestino es bastante considerable para dar lugar á los síntomas indicados mas arriba, forma un tumor por lo comun muy estenso, de forma cilíndrica, prolongado, que sigue casi siempre el trayecto de una parte del intestino grueso. Asi es que casi siempre hay que buscar en el vacío izquierdo el asiento de la enfermedad. Este es un signo diferencial importante, pues en la estrangulacion interna no hay tumor, ó si existe se le encuentra en una parte cualquiera del abdomen, y no tiene la forma ni la direccion de la invaginacion. La percusion da un sonido á macizo en toda la estension del tumor, y al contrario un sonido timpanítico en las demás partes cuando hay retencion de gases. En cuanto á las deyecciones, solo es útil para el diagnóstico averiguar su estado en algunos casos. Cuando las evacuaciones alvinas estan compuestas de materias pardas, saniosas y fétidas, es un signo que se refiere mas particularmente á la invaginacion intestinal; pero si la materia escrementicia es por el contrario consistente, en forma de cintas, y como pasada por la hilera, tendremos un signo característico de la estrechez. La falta completa de deyecciones se observa mas particularmente en la estrangulacion.

Pronóstico. Ya hemos visto anteriormente que el pronóstico era mucho mas favorable en la invaginacion del intestino delgado que en la del intestino grueso. Tambien sabemos que la eliminacion es una circunstancia feliz, que es lo que importa principalmente saber respecto al pronóstico.

Tratamiento. Antiguamente se proponian para la curacion del *vólvulo*, la administracion de materias de gran peso, que atravesando el intestino, debian hacer desaparecer los *pliegues* anormales. Asi pues se hacia tragar *balas de plomo* ó de *oro*, ó bien tomar cierta cantidad de *mercurio metálico*, pero en la actualidad esta práctica se halla abandonada. Habiendo demostrado la anatomía patológica que casi siempre la estremidad superior es la que se invagina, no conviene persistir en un método que no puede ser eficaz. Tambien se ha propuesto en una época remota *insuflar* el *intestino* por el *ano;* pero no se citan casos en que haya tenido buen éxito este procedimiento mecá-

nico. Por último, para terminar lo que tenemos que decir acerca del tratamiento que se puede llamar curativo, añadiremos que se ha propuesto la *gastrotomía* con el objeto de volver á poner los intestinos en su posicion natural. Mas á pesar de los felices resultados citados por Barbette, Bonet y el doctor Fuchs (1), no se puede aconsejar semejante operacion. En efecto, solo en una época en que la inflamacion se ha apoderado de las paredes intestinales, es cuando amenaza el peligro, ¿y entonces de qué sirve la gastrotomía? Aun suponiendo que el médico fuese llamado á tiempo, ¿no son horrorosas las maniobras que seria necesario hacer dentro del vientre? Por esta razon se halla la gastrotomía generalmente abandonada en los casos de esta especie.

Sin embargo, conviene no olvidar que Maissoneuve ha propuesto la *enterotomía* con otro objeto, pudiéndose ver sobre este punto lo que he dicho en el artículo precedente (véase pág. 484).

La conducta del médico debe consistir en moderar en lo posible los principales síntomas, y en favorecer la eliminacion del intestino. Contra la inflamacion se dirigirá principalmente la *sangría general*, la aplicacion de numerosas *sanguijuelas* sobre el tumor, las *bebidas emolientes*, las *cataplasmas* sobre el abdomen y aun los *baños*. Los *narcóticos* se emplean generalmente para calmar la agitacion y los dolores de vientre. Tambien se usan algunos *laxantes* ligeros, pero no se debe como quieren algunos, recurrir á los *purgantes violentos*, que darian lugar á contracciones intestinales peligrosas, y á un movimiento peristáltico del intestino que favorece la invaginacion. Las *lavativas emolientes ó laudanizadas*, la *quietud absoluta* y *un régimen muy severo*, completarán este tratamiento cuyo objeto es, como se ve, alejar todas las causas que pueden impedir que la enfermedad llegue al momento en que se debe verificar la eliminacion del intestino.

(1) *Hufeland's Journ.*, t. LX.

ARTICULO XII.

CÁNCER DE LOS INTESTINOS.

El *cáncer de los intestinos* es una enfermedad menos frecuente que el del estómago, y aun si se esceptúa el recto y la parte inferior del cólon, se puede decir que muy rara vez es atacado de esta enfermedad el conducto intestinal. Siendo incurable esta afeccion, creo que no debo insistir demasiado sobre ella, deteniéndome únicamente alguna cosa sobre el *cáncer del recto* que es el mas interesante.

No conocemos mejor las *causas* del cáncer del intestino que las del cáncer de los demás órganos; por consiguiente, es inútil repetir lo que se ha dicho sobre este punto.

En cuanto á los *síntomas* varían en parte segun el punto ocupado por el cáncer. Si este se encuentra en una porcion inmediata al estómago, como en el *duodeno*, los síntomas no se diferencian sensiblemente de los del cáncer gástrico. El *cáncer de la parte media del intestino delgado* es el mas raro de todos: ocasiona *dolores de vientre*, *trastornos de la digestion*, *alternativas de diarrea y de estreñimiento*, y presenta un tumor que por lo comun no se halla situado en el trayecto del intestino grueso. *El cáncer del fin del íleon y del principio del ciego*, que es mas frecuente que el precedente, se distingue por el sitio que ocupa el tumor á que da orígen, y por el obstáculo que opone al curso de las materias. En cuanto á los síntomas del cáncer que ocupa el fin del intestino grueso voy á indicarlos rápidamente.

Cáncer de la S ilíaca, *del cólon y del recto*. El principal síntoma de este cáncer es un *estreñimiento* mas ó menos rebelde, seguido en una época mas avanzada de la enfermedad, de una *diarrea* que es muy dificil de vencer. Se ha creido que esta diarrea era principalmente debida á la ulceracion del cáncer; pero el hecho no es exacto, y se encuentran casos como Vidal de Cassis (1) ha citado de ello un ejemplo, en el que el cáncer no

(1) *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer*; Paris, 1842, en 8.º



ulcerado tiene por principal síntoma la *incontinencia de las materias fecales*. El *dolor* no es un fenómeno constante, pues falta muchas veces al principio, y puede muy bien no manifestarse en ninguna época de la enfermedad.

La *palpacion* y la *percusion* dan á conocer la existencia de un *tumor* en la fosa ilíaca izquierda, cuando la enfermedad reside hácia la S ilíaca del cólon, cuya corvadura ocupa principalmente, como ha observado Chanut (1). Cuando el cáncer ocupa una parte mas profunda, se debe tratar de reconocer este tumor por medio del *tacto rectal* ó bien de un *speculum ani;* con todo, algunas veces está tan profundamente situado que se sustrae á toda investigacion.

Tales son durante un tiempo mas ó menos largo, los signos del cáncer que ocupa la parte inferior del intestino grueso. Sin embargo, es preciso agregar cierto grado de *enflaquecimiento*, de *debilidad* y *palidez de los tegumentos*, muy notables en algunos casos.

En una época mas adelantada se agravan los accidentes, y entonces sobreviene la diarrea y el *flujo por el ano de una materia saniosa,* sanguinolenta y purulenta, que presenta el olor característico del cáncer. Al mismo tiempo se sienten *dolores* mas ó menos vivos, el enflaquecimiento aumenta, la debilidad es estremada y se observan los diversos síntomas generales mencionados al tratar de los demás cánceres, y principalmente del cáncer del estómago. A veces el tumor canceroso es bastante voluminoso para ocasionar *síntomas de compresion* sobre los órganos inmediatos. Hace muy poco tiempo que he visto en el hospital de la Piedad á un hombre que presentaba en la region hipogástrica, y un poco al lado izquierdo un tumor duro y abollado, y que se quejaba principalmente de una dificultad notable en la emision de la orina y de dolores en la vejiga. A primera vista se hubiera podido creer que habia un tumor de este último órgano; pero el tacto rectal daba á conocer una tumefaccion considerable con vegetaciones, que producia un líquido sanioso y fétido, y la diarrea contínua que el enfermo esperimentaba hacia ya largo tiempo, acababa de establecer el diagnóstico. En efecto, el tumor se habia desarrollado en las paredes del recto y comprimia

(1) *Du cancer du colon;* Tésis, Paris, 1842.

la vejiga solo por su desarrollo. Es fácil concebir cuales deben ser los efectos análogos de los cánceres situados en otros puntos del intestino.

Requin ha referido un caso en el que el cáncer del cólon habia producido por su ulceracion la comunicacion de este intestino y del estómago; de lo que resultaron vómitos de materias fecales que del cólon pasaban al estómago. Se pueden establecer comunicaciones análogas entre el intestino y los demás órganos huecos contenidos en el abdomen.

El *curso* de esta afeccion es crónico. Su *duracion* puede prolongarse durante muchos años, y su *terminacion* es siempre fatal, á no ser que ocupe una parte del recto accesible á las operaciones quirúrgicas. Pero este es un punto que es del dominio de la cirujía, y que basta indicar aqui. Algunas veces sobrevienen grandes hemorragias, debidas á la ulceracion y perforacion del intestino que aceleran á veces esta terminacion fatal.

Tampoco debo estenderme mas sobre las *lesiones anatómicas*. Las diversas formas del cáncer, las ulceraciones y las vegetaciones, en una palabra, todo lo que he descrito al tratar del cáncer *del estómago*, se encuentran en el cáncer del intestino. A veces se hallan en la parte ocupada por la degeneracion cancerosa, cuerpos estraños, como huesos de frutas, etc.

El *diagnóstico* del cáncer del intestino no ofrece por lo comun grandes dificultades. La existencia de un tumor acompañado de síntomas de enflaquecimiento y de caquexia cancerosa sirve de guia al médico. Asi pues únicamente diremos dos palabras de una particularidad mencionada por Cruveilhier: en un sugeto que padecia un cáncer al principio del ciego, se habian acumulado en la parte afectada del intestino una gran cantidad de huesos de guindas. Habia un tumor en la fosa iliaca derecha, y si se comprimia sobre este tumor para apreciar su resistencia, la colision de los huesos de guindas producia una especie de crepitacion que hubiera podido hacer creer que existia un *enfisema*. En semejante caso, las abolladuras que presenta ordinariamente el tumor y el sonido á macizo á la percusion evitarán el error.

Nada de particular tengo que decir acerca del *tratamiento* sino que haciendo la *dilatacion* se puede asi en el cáncer del recto, como en el de simple estrechez, prolongar la vida del

enfermo, y que la cirujía ha llegado en la actualidad á practicar operaciones que interesan una parte bastante alta del intestino, operaciones que en otro tiempo se creian imposibles; pero sobre este punto remito al lector á los tratados de Cirujía (1). En cuanto á *los medios paliativos*, no se diferencian sensiblemente de los que he indicado al tratar del cáncer del estómago. Unicamente debo prevenir al lector contra un accidente, que ha sucedido algunas veces. Habiéndose administrado lavativas laudanizadas á una dosis regular á sugetos que padecian una ulceracion cancerosa del recto, ha resultado un *envenenamiento*, atribuyéndose esta accion á la prontitud de la absorcion por la superficie ulçerada.

ARTICULO XIII.

ENTERALGIA.

No hay cosa mas mal definida que la enteralgia; porque leyendo los autores no se sabe cuáles son los casos que realmente la pertenecen. En efecto, hay un gran número de afecciones que producen dolores intestinales y muchas veces no se ha visto en ellas mas que el dolor, lo que ha inducido á considerarla como una neurosis. Asi pues, bajo el nombre de *cólicos nerviosos*, reemplazado generalmente por el de *enteralgia*, se han incluido los dolores de las paredes intestinales, y otros dolores procedentes de la distension intestinal que se presentan en la timpanitis, etc. Es pues imposible dar mayor precision á la historia de esta enfermedad; y como sus síntomas no se diferencian perceptiblemente de los de la gastralgia sino por su asiento, se comprenderá que no me estiendo mucho sobre un asunto tan poco conocido.

Las *causas* son generalmente las mismas que las de la gastralgia, á cuya afeccion se halla regularmente unida la enfermedad de que tratamos.

Los *síntomas* son los siguientes: primero se observa un

(1) Véase el *Tratado de patologia esterna* por Vidal (de Cassis).

dolor que varía mucho por su intensidad, que se presenta principalmente al rededor del ombligo, y algunas veces es bastante violento para arrancar gritos á los enfermos, hacerles tomar posiciones estravagantes, que con bastante frecuencia se calma, pero sin modificarse su naturaleza por la presion, aumentándose por el contrario algunas veces. Este síntoma no se exaspera ordinariamente por la ingestion de los alimentos como el dolor de la gastralgia. Durante la digestion, y cuando las materias empiezan á penetrar en el intestino, es cuando se verifica la exacerbacion, la que llega á veces á ser escesiva. Tan pronto se hallan concentrados los dolores en el punto que se acaba de indicar, como se irradian á los diversos puntos del abdomen.

Los sugetos afectados padecen ordinariamente de *flatuosidades* incómodas, y como muchas veces los gases no son espelidos se acumulan en el intestino, y entonces hay *timpanitis intestinal*, resultando de aqui *borborigmos*, la *tension del vientre* y gran *sonoridad* de esta parte á la percusion. El *estreñimiento* es ordinariamente pertinaz, pero las mas veces se nota, en especial inmediatamente despues de comer, una *diarrea pasajera*.

Como acabamos de ver, la enteralgia suele manifestarse por *crisis*, y durante estas *crisis* ó *accesos*, se observa grande *ansiedad*, *frialdad en las estremidades*, *sudor frio*, *descomposicion* de las facciones y á veces, en fin, la *lipotimia* y el *síncope*. El *pulso* presenta entonces cierto grado de aceleracion, de concentracion y debilidad; pero fuera de estas circustancias, está tranquilo, natural y algunas veces lento. Tambien se ha observado que estas crisis se verificaban principalmente á consecuencia de las emociones vivas, despues de trabajos prolongados, y como he dicho mas arriba durante la digestion.

El *curso*, *duracion y terminacion* de la enfermedad no se diferencian de los de la gastralgia.

El *diagnóstico* puede presentar algunas dificultades, y es indudable que se han cometido bastantes errores. Es evidente que no se podrá confundir la enteralgia con la *enteritis*, asi pues no me detendré mas sobre ello; pero hay una afeccion que se asemeja mucho á la de que se trata, y que probablemente se ha tomado muchas veces por ella, y es la *neuralgia lumboabdominal*. En esta neuralgia los dolores son á veces escesivos, repiten por accesos y uno de los puntos que ocupan se encuentra en el hi-

pogastrio y al rededor del ombligo, lo cual es causa de numerosos errores. Ambas afecciones se distinguirán en los signos siguientes: en la enteralgia, la presion no es por lo regular dolorosa; al contrario en la *neuralgia lumboabdominal*, además del dolor hipogástrico y umbilical, se encontrarán los puntos doloridos lumbar y lateral que la caracterizan. Este signo basta para el diagnóstico.

El *reumatismo de las paredes abdominales* podria tambien ser causa de cometer un error; pero la persistencia de los dolores, la dificultad en los movimientos que interesan á los músculos afectados, y la falta de flatuosidades desvanecerán en breve todas las dudas.

En cuanto al *cólico hepático* y el *cólico nefrítico* ocupan diferente sitio, y estas afecciónes no pueden dar lugar á una equivocacion á no ser que se haga la observacion con muy poco cuidado.

Todos los autores estan de acuerdo en decir que el *tratamiento* de la enteralgia no se diferencia sensiblemente del de la gastralgia; únicamente diremos que forman la base de él las *lavativas opiadas*, algunos *laxantes* para vencer el estreñimiento, y la aplicacion de los *revulsivos* al rededor del ombligo.

En el periódico *La verdad, de Madrid* (1842), se encuentran dos casos de enteralgia, curados por el uso del *cloroformo* administrado del modo siguiente:

℞	Agua destilada de flor de tilo...	40 gram. (5x)
	Cloroformo..................	12 gotas.
	Mucílago....................	C. S.

Se toma una cucharada de cuarto en cuarto de hora.

ARTICULO XIV.

CÓLICO NERVIOSO.

(Cólico vegetal, etc.)

Se han descrito bajo muy diversos nombres, ciertos casos de enfermedad, que parecen idénticos porque en cualquier lugar que se los observe, y á cualquiera causa que se los atribuya, presentan los mismos síntomas, y se puede decir que

hay pocas afecciones en el cuadro nosológico que tengan una sintomatologia tan constante. Por consiguiente, voy á tratar de ella con el nombre de *cólico nervioso*, despreciando las demás denominaciones que se le han dado, segun el sitio en que se ha observado, segun su causa primitiva ó la opinion que se han formado los autores acerca de su naturaleza.

Entre los médicos que se han ocupado principalmete de esta enfermedad, indicaré en particular á Citoys (1), Huxham (2), Dehaen, Bonté (3), Barbier, Merat (4), Marquand (5), Pascal (6), Tanquerel des Planches (7), Vasse (8) y Segond (9). En 1848 publiqué sobre esta enfermedad una memoria, en vista de dos casos que observé en Paris (10), y con estos materiales voy á trazar la historia del *cólico nervioso*.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La afeccion de que voy á tratar se halla caracterizada por dolores de vientre muy violentos, con profunda ansiedad, arcadas y un estreñimiento pertinaz. Este resúmen sintomático debe reemplazar en el estado actual de la ciencia, á una definicion mas exacta que seria imposible dar.

La enfermedad de que tratamos ha sido designada bajo los nombres de *cólico de España*, de *Madrid*, del *Poitou*, del *Devonshire*, de *Cayena*, de *Surinam*, y tambien con los de *Barbiers*, *beriberi*, *cólico vegetal*, *cólico nervioso*, *neuralgia del gran simpático*, *gastroenteralgia reumática de los marinos* (Langevin), de *cólico neurogástrico* (Baudry), de *cólicos secos*

(1) COLIQUE DU POITOU. *De nov. et pop. apud Pictones dol. col. bilioso diatriba*, 1639.
(2) COLIQUE DU DEVONSHIRE. *De col. damn.*, etc. (*Op. med.*, t. III).
(3) *Rech. sur la col. du Poitou* (*Ancien journ. de méd.*, XV, XVI et XX).
(4) *Diss. sur la col. mét.*; Tésis, Paris, año XI.
(5) *Journ. complém.*
(6) *Journ. des progrès*, 1827.
(7) *Traité des malad. de plomb.*
(8) Véase TANQUEREL, *Traité des malad. de plomb.*
(9) *Essai sur la névralg. du grand. sympath.*; Paris, 1837.
(10) *Colique végét. obs. à Paris* (*Union médic.*, 6 y 9 de mayo de 1848).

(Mauduyt), etc., etc. Despues de haber recorrido las principales observaciones publicadas por los autores anteriormente citados, me he visto precisado á confundir todas estas afecciones con el nombre de *cólico nervioso.*

La *frecuencia* de esta enfermedad es muy diferente segun los climas y localidades, y se observa principalmente en ciertos climas cálidos, como por ejemplo en el Senegal, isla de Borbon, etc. Por el contrario, es muy rara en los paises templados, salvo algunas escepciones notables, para algunas localidades, tales como el Poitou en Francia, el Devonshire en Inglaterra, y ciertos parages de la Normandía.

§. II.

CAUSAS.

Cuando se creia que esta enfermedad solo se presentaba en ciertos paises, se trató naturalmente de indagar las causas particulares que pudiera haber en ellos. Citoys la atribuia á los *vinos blancos del Poitou*, á pesar de que habia ya observado que esta enfermedad reinaba esclusivamente durante los tiempos húmedos y frios. Bonté que ejercia su profesion en la Normandía baja, le atribuye á la mala sidra ó á la que ha sido hecha con manzanas acerbas. En España unos han acusado á los vinos, á los frutos acerbos, y otros al abuso de los sorbetes y de las bebidas heladas; en Inglaterra, Huxham ha creido hallar con Bonté, la causa de la enfermedad en el abuso de la sidra, en la cual sin embargo T. Alwen ha encontrado plomo, y Vasse, sin dejar de reconocer que en la mayor parte de los casos en que la sidra ha ocasionado accidentes, estos debian atribuirse á cierta cantidad de litargirio echado en el líquido para atenuar la acidez, cree sin embargo, que solo el abuso de una sidra que no contenga una sustancia tóxica, pero que sea mas ó menos acerba, puede producir esta enfermedad.

Los autores que han podido abrazar de una sola ojeada los hechos referidos en los diversos paises que acabo de mencionar, les ha llamado la atencion la uniformidad de esta causa admitida por los médicos, que han observado en los parages en que

se padece esta enfermedad á la que han dado el nombre de *cólico vegetal*.

Pero como ya hemos visto, se habia observado que la enfermedad se declaraba particularmente en las épocas en que son mas frecuentes las variaciones de temperatura, y este hecho que no se habia ocultado á Sydenham, ha recibido una completa confirmacion de las investigaciones hechas en ciertos paises, en que son muy notables estas variaciones de temperatura.

Segond (1) ha demostrado por los hechos, que no es debida realmente la enfermedad al uso de las bebidas y de los frutos acerbos, é incluye entre las causas principales la accion repentina de un viento fresco sobre la piel y las grandes variaciones de temperatura. Esto es lo que esplica la gran frecuencia del cólico nervioso en el Senegal, donde ejercia el autor y en otros paises cálidos.

En efecto, el doctor Mauduyt (2) ha visto que el cólico del Senegal, de la isla de Borbon y de la India francesa, se presenta con los caracteres dados por Segond, independientemente de toda intoxicacion saturnina ú otra. La descripcion que da de esta enfermedad que se designa bajo el nombre de *cólicos secos en los paises cálidos*, no deja ninguna duda sobre esta materia.

Solo indirectamente podrá probarse cuál es la causa capital de esta afeccion cuando se conozca la profesion de los enfermos, y como vamos á ver las *profesiones* en que son mas frecuentes el paso del calor al frio son las que esponen mas al cólico nervioso.

En cuanto á mí, he reconocido en los dos casos que he tenido ocasion de observar (3), que los enfermos bebian hacia ya mas de seis meses sidra fabricada en Paris, y por consiguiente de calidad inferior. Seguramente esta es una circunstancia digna de notarse, y tanto mas que en la análisis química que ha hecho Mialhe de esta bebida, no se ha llegado á descubrir ningun vestigio de sustancia tóxica. Pero hay otra que quita á la primera toda su importancia, y es que un niño de nueve años que habia bebido constantemente de esta misma sidra no habia

(1) *Lug. cit.*
(2) *Des coliques sèches dans les pays chauds*; Tésis, Paris, 1848.
(3) *Lug. cit.*, p. 217.

sentido nada. Por otra parte, en la época en que se recogieron las observaciones eran casi continuas las variaciones de temperatura, y en particular uno de los enfermos se habia espuesto á su influencia de una manera del todo no acostumbrada.

Segun Segond, y esta opinion es muy admisible, las variaciones atmosféricas no constituirian la única causa del cólico nervioso, solo serian la causa principal, causa sin la que apenas se podia declarar la enfermedad, solo que hay otras circunstancias que favorecerian singularmente su accion, y estas circunstancias deben por consiguiente incluirse entre las *causas secundarias*, que son las que voy á esponer brevemente.

Edades. Los niños y los ancianos casi nunca padecen el cólico nervioso, lo que como ha hecho notar Segond (1) se debe atribuir á la falta de las causas determinantes á que se han espuesto los adultos.

Sexo. Los hombres son casi esclusivamente acometidos de esta enfermedad, y Segond advierte que cuando las mugeres son atacadas, los síntomas que presentan son menos violentos. Esto es lo que se verificó en los casos que he observado. Para esplicar esta diferencia es necesario recurrir á la falta de causas determinantes, pues las mugeres bajo este aspecto pueden ser consideradas como los niños y los ancianos.

Profesiones. Si se estudian los hechos, se ve que entre las profesiones que mas se esponen al cólico nervioso, ocupan el primer lugar aquellas en que es mas frecuente y se está mas espuestos á la impresion de los cambios repentinos de temperatura. Asi pues, antes que todas hallamos la de marino y pescador, por lo cual algunos autores han dado á la afeccion el nombre de *cólicos de los marinos*. En seguida vienen los oficios de panadero, herrero, atizador y mecánico de los buques de vapor, etc., etc.

Lo que he dicho mas arriba respecto á los parages en que reina el cólico nervioso, me parece suficiente para poder apreciar la influencia de los *climas*. Nótese solo que ataca principalmente en las regiones intertropicales.

Se ha visto que la enfermedad acomete especialmente á los sugetos *debilitados* por una causa cualquiera, y sobre todo á

(1) *Lug. cit.*, p. 6

los valetudinarios, á los convalecientes y á los que padecen nostalgia. A esta causa es preciso referir los casos sobrevenidos despues de *grandes abusos del coito*.

En fin, se ha visto producirse la enfermedad despues de un violento *acceso de cólera*.

Naturaleza de la enfermedad. Resulta de las mas atentas y exactas investigaciones que esta enfermedad no es ni una intoxicacion, ni el resultado de una lesion anatómica apreciable; por consiguiente se debe admitir su naturaleza nerviosa. ¿Deberemos considerarla ahora como una neuralgia del *gran simpático* como cree Segond, ó no ver en ella mas que una forma de gastroenteralgia, ó deberemos buscar la causa de los síntomas violentos que la caracterizan en el estado de padecimiento de los nervios que provienen de la medula, de esta misma medula ó del nervio neumogástrico, etc? Estas cuestiones no pueden resolverse en el estado actual de la ciencia. Por mi parte puedo decir que creo que es una forma particular de la gastroenteralgia. Pero en lo que yo tengo mas empeño en demostrar es que segun todos los documentos que poseemos, no se debe hacer enfermedades distintas de las diversas afecciones descritas separadamente bajo los nombres de *cólico nervioso* propiamente dicho, *cólico de Madrid*, *cólico vegetal*, etc.; pues en realidad no constituyen mas que una sola y única enfermedad observada en diferentes parages, pero en circunstancias idénticas, y este estado morboso siempre el mismo en los diversos paises, es el que yo designo bajo el nombre de *cólico nervioso*, á causa de su naturaleza y sus principales síntomas.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los autores estan conformes acerca de los síntomas porque han visto manifestarse siempre los mismos en distintos paises, á escepcion de algunas ligeras diferencias que deben producir necesariamente los climas y los hábitos.

Invasion. En algunos casos la invasion es repentina ó por lo menos muy rápida, de suerte que en pocos momentos llegan los síntomas á su mas alto grado de intensidad. Pero solo en

las epidemias se observa la invasion repentina ó muy brusca.

Las mas veces empiezan á esperimentar los enfermos, durante mas ó menos tiempo, malestar en la region abdominal. El apetito disminuye, la lengua se pone blanquecina, hay abatimiento general, sensacion de frio principalmente en las estremidades, y un poco de opresion.

Al mismo tiempo hay alteraciones en la *defecacion*. Por lo regular las deposiciones se hacen primero muy raras, y el estreñimiento aumenta todos los dias. Sin embargo, algunas veces empieza la enfermedad por una ligera diarrea, pero poco abundante, la cual es seguida al cabo de dos ó tres dias á lo mas del estreñimiento progresivo de que acabo de hablar.

En fin, se observa en el rostro una espresion de languidez y de tristeza y un ligero *tinte ictérico*.

¿No se diria al leer la esposicion de estos *prodomos* que se trata del *cólico de plomo?* Esta misma semejanza la hallaremos tan manifiesta en los síntomas de la enfermedad confirmada.

Síntomas. Despues de tres, cuatro ó cinco dias de este estado que dura á veces mucho mas tiempo, y en algunos casos sin que preceda malestar, la enfermedad se caracteriza desde luego por *dolores cólicos*.

Estos *dolores* tienen de particular que vuelven por intervalos variables, muchas veces muy cortos, y que ocupan gran parte del abdomen. Su intensidad varia mucho en diferentes momentos; ya son bastante soportables, ya violentos, y en fin, á veces tan atroces, que los enfermos se revuelcan en su cama, encorvan mucho el tronco hácia adelante comprimiendo el abdomen con sus manos, se echan sobre el vientre, etc., y aunque los sienten en la mayor parte de él, siguen principalmente el trayecto del cólon transverso y los hipocondrios. Sin embargo, á veces ocupan con particularidad el ombligo y el hipogastrio.

En algunos casos es general el dolor, y en todos hay cierto grado de tension y de entorpecimiento, aun en los puntos del abdomen en que no se perciben dolores vivos.

A pesar de que el dolor vuelve de cuando en cuando, es raro que en los intervalos mas ó menos cortos sea bastante considerable el alivio, para que desaparezca enteramente la

ansiedad que tiene el enfermo, pues por lo comun queda un *dolor contínuo*, sordo, muy molesto, que ocupa todo el vientre.

La mayor parte de los autores aseguran que la *presion* mas fuerte no aumenta el dolor abdominal, y esto mismo se ha dicho respecto del *cólico de plomo;* pero un atento exámen hace ver que esta proposicion es demasiado absoluta. Efectivamente, hay casos en que es insoportable la presion ejercida con las estremidades de los dedos, principalmente durante las exacerbaciones del dolor. Esto es lo que he podido reconocer en los casos sometidos á mi observacion, y sin embargo, no por eso los enfermos dejan de comprimirse con fuerza el vientre con el objeto de aliviarse como en el *cólico saturnino*.

La configuracion del vientre es muy diversa. Algunas veces está tirante, duro, prominente y da un sonido timpanítico por la percusion. En otros casos está retraido, y á veces la pared anterior parece se halla pegada á la columna vertebral; pero entre estos dos estremos hay numerosas graduaciones, lo que es tambien otro punto de semejanza entre esta enfermedad y el *cólico de plomo*.

El *estreñimiento* es completo, la *lengua* está pálida ó cubierta de un barniz blanquecino, tiene tendencia á secarse, y aun muchas veces se pone árida al cabo de algunos dias; hay *inapetencia*, se nota con bastante frecuencia *hipo*, y mas aun *eructos* numerosos, á los que siguen *náuseas* y despues *vómitos*.

Los primeros vómitos estan compuestos de alimentos, de bebidas y de materias mucosas; pero bien pronto son reemplazados por otros de *bilis* que varía del color amarillo al verde oscuro, los que Segond ha observado tenian una notable *acidez*.

La emision de *orina* es muy rara, muy poco abundante, á veces dificil y penosa; hay un verdadero *tenesmo vesical*, y los enfermos se quejan de una sensacion de peso en el perineo.

En el *pecho* solo se observa de particular una opresion muchas veces muy grande, ansiedad precordial, una incomodidad marcada en los movimientos del torax, y el *pulso* está por lo comun débil y desigual.

Cuando la enfermedad adquiere cierto grado de intensidad no quedan los dolores limitados al abdomen, sino que se pro-

pagan al espinazo, á los hombros y á las estremidades superiores é inferiores, siendo con frecuencia muy vivos.

Tambien se observan *calambres* en las diversas partes del cuerpo, pero principalmente en las estremidades.

La *cara* está siempre contraida espresando una viva ansiedad; pero durante las exacerbaciones los ojos manifiestan á la vez el dolor y el espanto.

Otro fenómeno muy notable es el *tinte ictérico* que presenta la cara, y que se observa principalmente en las esclorócticas. Si no existe este color hay una palidez mate ó aplomada. En algunos casos sobreviene una verdadera *ictericia*.

En algunas ocasiones adquiere la enfermedad una intensidad mucho mayor. Entonces los dolores de vientre son casi contínuos, la disnea estremada, los dolores en el raquis y los miembros se hacen intolerables, la agitacion es contínua y la ansiedad profunda. El pulso está débil, muchas veces *estremadamente lento* y se pone irregular, la respiracion es escesivamente penosa y débil. Entonces es tambien cuando se ve aparecer la *amaurosis*, la *sordera* casi completa, la *afonía*, un *temblor* contínuo, las *convulsiones*, el *delirio* y rara vez el *coma*. En fin, algunas veces se ve que termina la enfermedad por *ataques mortales* de *epilepsia*.

La *parálisis* es un fenómeno que sigue al cólico nervioso, lo mismo que al cólico de plomo y ataca principalmente á las manos y á los pies.

Tambien pueden manifestarse en la declinacion de la enfermedad *sudores* y diversas *erupciones cutáneas*; pero Segond ha visto por el estudio de los hechos que estas erupciones no son críticas, como habian pensado algunos médicos.

Por último, en ciertas ocasiones se ve que la enfermedad *toma un curso crónico* y sume á los enfermos en una languidez de la que ninguna cosa es capaz de sacarlos. Entonces tienen un estreñimiento pertinaz é ictericia; enflaquecen, caen en una gran melancolía y pueden acabar por sucumbir despues de un tiempo mas ó menos largo.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Considerado el *curso* de la enfermedad de un modo general se puede decir que es contínuo. Sin embargo, presenta exacerbaciones notables, y algunas veces la disminucion de los síntomas que hay entre estas exacerbaciones es bastante manifiesta y prolongada para inducir á creer que hay una convalecencia bien pronto desmentida por la aparicion de una nueva exacerbacion.

Nada se puede decir que sea muy exacto acerca de la *duracion* de esta enfermedad: pues si bien sabemos que en el estado agudo, y cuando solo tiene una mediana intensidad, un tratamiento apropiado triunfa de ella en ocho ó quince dias; no obstante, en los parages en que la enfermedad es endémica, se la ve resistir mucho mas tiempo. Tambien hemos visto que á veces pasa al estado crónico y entonces su duracion es ilimitada.

Esta afeccion abandonada á sí misma no tiende de por sí á la curacion. Pero con un tratamiento adecuado, se termina casi siempre de una manera favorable. Sin embargo de que hay que temer las diversas *parálisis* que la siguen, el que pase al estado crónico y algunas veces la muerte. Esta última terminacion es muy rara, puesto que Segond, que ha tratado un gran número de enfermedades, no ha podido hacer mas que dos autopsias, y eso en sugetos que presentaban complicaciones.

Cuando la enfermedad va á *terminar por la curacion* se observa que aparecen de nuevo las deyecciones alvinas, se segrega en mas abundancia la orina y disminuyen los dolores aunque el vientre queda dolorido por espacio de algunos dias, y por último, la desaparicion rápida de todos los demás síntomas.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Creo inútil referir aqui el resultado de la abertura de los cuerpos, en atencion á que las lesiones que se han encontrado

eran debidas ya á complicaciones, ya á accidentes que sobrevinieron en los últimos tiempos de la existencia, y no tienen ninguna relacion directa con los síntomas característicos de la enfermedad.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Solo tengo que decir algunas palabras acerca del diagnóstico. En efecto, solo hay una enfermedad con la que se pueda confundir esta afeccion que es el *cólico de plomo*. Pero cualquiera que sea la atencion que se ponga en el estudio de estas dos especies de cólico, no se puede llegar á encontrar en ellas una diferencia verdaderamente importante, siendo asi que la semejanza es perfecta bajo una multitud de aspectos. Esto es lo que me ha hecho decir (1) lo siguiente en el escrito citado mas arriba. «Es tan notable la semejanza entre estas dos afecciones, que se puede pensar si el cólico ocasionado por el plomo no puede tambien producirse espontáneamente.» Si este modo de ver se considerase como exacto ¡á cuántas discusiones no pondria fin! Lo que induciria á creer que existe una neurosis, ó si se quiere una neuralgia particular, que tan pronto se produce bajo la influencia del plomo, como bajo la de otras causas aun no bien conocidas, es que Vasse (2) ha visto manifestarse esta enfermedad con caracteres absolutamente idénticos en sugetos que bebian sidra cargada de litargirio, y en otros que la bebian pura.

¿No vemos que la hidrofobia que no procede de la rabia y que se produce espontáneamente ó mas bien bajo la influencia de causas morales, presenta todos los caracteres de la hidrofobia rábica? Seria acaso forzar demasiado la analogía el decir: «Los casos citados mas arriba son con respecto al cólico de plomo, lo que la hidrofobia espontánea es á la rabia comunicada.»

He creido debia repetir estas reflexiones, porque este modo de considerar la cuestion es nuevo, y pudiera inducir á los mé-

(1) *Lug. cit.*, p. 221.
(2) *Lug. cit.*

dicos que se hallen en circunstancias favorables para observar el cólico nervioso, á estudiarle bajo este punto de vista.

Lo que hay de cierto es que el diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades no puede fundarse mas que en el conocimiento de la causa. ¿Hay una intoxicacion saturnina ó no hay nada de esto? Hé aqui la única cuestion que es preciso resolver.

En cuanto á los diversos *envenenamientos*, no hay ninguno que con un poco de atencion no se le distinga fácilmente del cólico nervioso.

§. VII.

TRATAMIENTO.

No creo oportuno entrar en estensos pormenores acerca del tratamiento; pues se parece tanto al del cólico de plomo, que casi se pudiera remitir al lector á la descripcion de este último.

Sangría. Rara vez se ha practicado la sangría, que se debe reservar para las complicaciones. Huxham la creia funesta, pero Bonté recomienda la *sangría del pie* en los casos de convulsiones epileptiformes. Algunas *sanguijuelas* en el epigastrio ó en otra parte del abdomen, donde se sienten principalmente los dolores, los han moderado algunas veces, pero casi siempre por poco tiempo. Cuando hay síntomas cerebrales violentos, se aplican las sanguijuelas, ya detrás de las orejas, ya al ano ó á los maleolos.

Vomitivos. Se han empleado con frecuencia los vomitivos en esta enfermedad, especialmente al principio de ella. El *tártaro estibiado* y la *ipecacuana á dosis vomitiva* son las sustancias mas generalmente usadas.

El doctor Langevin (1) ha usado con buen éxito el *tártaro estibiado á alta dosis* contra esta enfermedad, á la que ha dado el nombre de *gastroenteralgia reumática de los marinos*, y prescribe la pocion siguiente:

℞	Agua de melisa.............	180 gram.	(℥vj)
	Jarabe de flores de naranjo..	30 gram.	(℥j)
	Tártaro estibiado...........	40 centígram.	(8 ℊ)

(1) *Bull. gén. de thér.*, 30 de setiembre de 1848.

Se da una cucharada de cuarto en cuarto de hora, con la precaucion de no tomar nada en el intervalo.

Purgantes. Los medicamentos á que mas especialmente se ha recurrido son los purgantes, asi es que se han prescrito el *aceite de ricino*, las *sales purgantes*, los *calomelanos*, el *acibar*, la *jalapa*, el *ruibarbo*, etc., etc.; pero puede suceder que estos purgantes no sean suficientes, que es lo que he visto en dos casos que he observado. En efecto, me vi obligado á dar hasta *seis gotas de aceite de croton tiglio en píldoras en las veinticuatro horas*, y no se observó la curacion hasta haber usado repetidas veces de este medio.

Narcóticos. Asi como en los cólicos saturninos se ha recurrido en el nervioso á los narcóticos, y especialmente al *opio*. Se debe dar este medicamento á bastante dosis si se quiere producir un efecto manifiesto. En los casos que acabo de citar, he administrado el opio desde el segundo dia, á la dosis de 15 centígramos (3 granos), Huxham daba el *alcanfor* unido al *láudano* para favorecer los sudores.

Antiespasmódicos. Entre estos medicamentos es necesario mencionar muy particularmente el *alcanfor* y el *castoreo* dados por Huxham y Bonté. Las demás sustancias de esta especie se aplicarán con facilidad.

Huxham ha recomendado muy particularmente la *trementina*.

Segond ha usado con buen éxito el *vejigatorio* sobre la region precordial en algunos casos en que era menester reanimar la circulacion.

Por lo que hace á las *bebidas*, deben ser atemperantes y diuréticas, tales como el cocimiento de grama nitrado, el agua de cebada con miel, una solucion de jarabes acídulos, etc.

Los *baños* han sido útiles en los casos de espasmos violentos.

El *tratamiento de la parálisis* consecutiva merece toda la atencion del médico, y es precisamente el mismo que el de la parálisis producida por la intoxicacion saturnina, á cuyo tratamiento remito al lector.

En cuanto á los *medios profilácticos*, son muy sencillos: evitar todas las causas de debilidad, sustraerse á las variaciones de temperatura por buenos vestidos y no hacer abusos de las bebidas ácidas y otras, tales son los consejos que se de-

ben dar á los que habitan los paises en que reina esta enfermedad.

Por último, para terminar no puedo menos de hacer notar que el *tratamiento del hospital de la Caridad*, tan eficaz contra el cólico de plomo, se puede igualmente aplicar al cólico nervioso. En efecto, reune como aquel los medios que mejor corresponden á todas las indicaciones espresadas por los autores que han estudiado mejor esta enfermedad.

ARTICULO XV.

FLATUOSIDADES INTESTINALES.

Con los nombres de *cólera seco*, *cólicos ventosos*, *passio*, *affectio flatulenta*, se ha designado un fenómeno que se produce en circunstancias muy variadas, y que consiste en un considerable desarrollo de gas en la cavidad intestinal. No entra en mi plan el hablar de todos los casos en que este desarrollo es escesivo, pues entonces pertenecen á diversas enfermedades en que se halla naturalmente en su lugar oportuno. Unicamente diré aqui que algunas veces no se encuentra una causa manifiesta de esta especie de accidente, que tiene entonces un carácter puramente nervioso; pero que por lo comun depende de la gastralgia, de la enteralgia, de las digestiones laboriosas, de la ingestion de sustancias indigestas, de un estado de histérico y de la clorosis: circunstancias que deben llamar particularmente la atencion del médico.

Unas veces son los gases espelidos fuera, y otras por el contrario, sea que los intestinos distendidos tengan una contraccion muy débil ó por cualquiera otra causa, quedan encerrados en el interior de estos órganos, y entonces resulta el *meteorismo* de las enfermedades graves de que no debemos tratar aqui, ó bien la *timpanitis* de que hablaré mas adelante.

El *tratamiento* de las flatuosidades que tienen por donde salir libremente al esterior es por lo general dificil, á no ser que sea debida la afeccion á una causa fácil de destruir como la clorosis. Para combatirlas se han usado los medicamentos llamados *carminativos*, tales como las *infusiones* de *anis*, de *hinojo*,

de *cilantro*, *de semilla de menta piperita*, etc., tomadas en ayunas. Tambien se han empleado los *antiespasmódicos;* asi Hoffmann prescribia su *licor anodino mineral*, Van Swieten (1) recomendaba particularmente el *éter nitroso (spiritus nitri dulcis)*, y otros han aconsejado las lavativas de *asa fétida*, las *lavativas laudanizadas*, etc. En el caso en que la afeccion llegase al mas alto grado, se usará la pocion antiespasmódica de Starck, que se compone de lo siguiente:

℞ Eter nitroso.................. }
Tintura de opio............... } ãã 4 gram. (ʒj)

Se dan veinte gotas cada dos ó tres horas en una cucharada de agua azucarada.

La aplicacion de estos diversos tratamientos es sumamente fácil.

ARTICULO XVI.

TIMPANITIS.

Cuando por una causa cualquiera se halla contenida gran cantidad de gases en los intestinos sin poder salir, de suerte que llegan á distenderlos notablemente, se dice que hay *timpanitis*. La timpanitis es una de aquellas afecciones que estan relacionadas con estados morbosos muy diversos. No creo conveniente ocuparme aqui mas que de la timpanitis nerviosa, y de la que es producida por un desprendimiento estraordinario de gases durante la digestion.

Estas dos especies se encuentran por lo comun en las *mugeres* y en los *niños*. La última que está evidentemente ligada con la indigestion, se desarrolla despues del uso de los alimentos farináceos, de las frutas rojas, de las bebidas fermentadas, y principalmente de las que contienen una notable cantidad de ácido carbónico. La primera se manifiesta mas frecuentemente en los sugetos nerviosos, en las histéricas, cloróticos, etc., etc.

La timpanitis, tal como nosotros la consideramos, no es una *enfermedad muy frecuente*, y está casi esclusivamente caracterizada por la *elevacion del abdomen*, cuya configuracion no

(1) *Commentar. in H. Boerhaavii aphorismos*, t. II, §. 150.

cambia en las diferentes posiciones del cuerpo, como lo habia hecho notar Trnka; por el *sonido timpanítico* general de esta cavidad, que ha hecho dar este nombre á la enfermedad; por una *sensacion de plenitud* y de distension; por el *trastorno de las digestiones;* por el *estreñimiento,* y en fin, por *una dificultad mas ó menos notable de la respiracion,* debida á la repulsion del diafragma y á la compresion de los pulmones. Los demás fenómenos que acompañan á la timpanitis no pertenecen en propiedad á esta afeccion, pero son el resultado del estado morboso en que se ha declarado.

El *curso* de esta afeccion es muy variable, puesto que á veces persiste por espacio de mucho tiempo, y otras se disipa rápidamente asi que aparece. Mas para que la timpanitis desaparezca no es necesario que se espelan los gases, porque se ha visto algunas veces que se disipan prontamente por simple absorcion algunas *neumatosis intestinales* muy considerables.

En esta timpanitis no hay *lesion* á que podamos atribuir el desarrollo de la afeccion. Cuando la enfermedad dura muchos dias, sobreviene un engrosamiento de las paredes intestinales, que es el resultado comun de la dilatacion de los órganos huecos.

El *diagnóstico* de la timpanitis intestinal no presenta por lo regular grandes dificultades; pues el sonido á macizo que hay en la *ascitis* al nivel del líquido, impide que se cometa ningun error; ya volveremos á hablar de este diagnóstico al tratar de la *hidropesía.*

La *timpanitis peritoneal* y la *timpanitis uterina* son las dos afecciones con que mas fácilmente podemos confundir la enfermedad de que tratamos. La primera que es sumamente rara, se distingue por la igualdad perfecta del sonido en todos los puntos del abdomen, y por la falta de sonido á macizo al nivel de ciertos órganos, como el hígado, el bazo y la vejiga cuando está distendida. La segunda, que aunque es menos rara no llega ni con mucho á ser frecuente, presenta de notable que el sonido timpanítico no ocupa todo el abdomen y casi no pasa mas arriba del ombligo, en que está limitado por una línea circular, que partiendo de este punto y no pasando del confin de las regiones ilíacas, señala la matriz distendida. Pero ya nos hemos detenido demasiado sobre estos casos enteramente escepcionales.

El *tratamiento* de la timpanitis debida al desarrollo de ga-

ses, consiguiente á la ingestion de las sustancias indicadas mas arriba, consiste en el uso de los *emetocatárticos*, que prontamente triunfan de la enfermedad. En cuanto á la otra es mas difícil conseguir un buen resultado. Sin embargo, algunas veces se logra hacer desaparecer los gases intestinales con *fomentos aromáticos* hechos con una infusion de salvia, romero, etc., con *fricciones* con *alcohol ó vino caliente;* por medio de un *baño aromático*, como lo recomendaba P. Frank, ó bien de la aplicacion del *calor* con bayetas muy calientes ó arena casi abrasando, etc. Para dar á los intestinos la energía necesaria para desembarazarse de los gases, se ha usado hace ya mucho tiempo, el *hielo* administrado por la boca ó bien las *lavativas frias*. Las *bebidas acídulas* han sido tambien seguidas de buen resultado, y lo mismo sucede con las *afusiones frias* sobre el ábdomen que producen contracciones enérgicas.

Por último, se han empleado medios mecánicos que consisten en la *compresion del abdomen* y en la introduccion de una larga *sonda de goma elástica* á la que se adapta una geringa para estraer el aire de los intestinos. Pero estos medios, á los que se ha dado demasiada importancia, estan lejos de tener siempre buenos resultados. Si las primeras tentativas fueran inútiles, no se debe insistir en ellas ó se deberán hacer con muchas precauciones, porque pudieran sobrevenir accidentes cuya gravedad es fácil de calcular.

Hay un medio que solo se deberá emplear en el último estremo, y sobre el cual estan lejos de hallarse conformes los médicos, tal es la *puncion de los intestinos*. Dusseau (1) ha practicado esta operacion con buen éxito; y Levrat ha visto curarse prontamente una enferma despues de la puncion intestinal; pero en otros muchos mas casos no parece ha hecho otra cosa que acelerar la muerte, y por esta razon la desechan muchos autores. De todos modos, si tuviésemos que recurrir á la paracentesis abdominal, no se la debería practicar hasta el momento en que fuese inminente la muerte.

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, año XIII–XIV.

ARTICULO XVII.

ESTREÑIMIENTO.

Es tan estensa la acepcion que se ha dado generalmente á la palabra estreñimiento en los artículos que tratan en esta enfermedad, que se han comprendido en ella todos los diversos estados en que es rara ó se suspende la escrecion de las materias fecales. Sin embargo, no creo que se deba seguir este ejemplo, pues esto seria introducirnos en la patologia general. La suspension de la defecacion en las *estrecheces del conducto intestinal*, en las *estrangulaciones*, en las *hernias*, etc., no es á pesar de su gravedad, mas que un accidente de la enfermedad principal, y no ofrece bastante interés para que se le estudie por separado. Por lo tanto solo describiré el *estreñimiento* á que se ha dado el nombre de *primitivo* ó de *idiopático*, y de esta manera evitaré numerosas repeticiones.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Consiste el estreñimiento en defecar con dificultad y pocas veces. Sin embargo, conviene tener presente que esta rareza y dificultad son relativas, y que para formar el médico su juicio debe tener conocimiento de los hábitos del sugeto. Una persona que tuviere costumbre de hacer de vientre varias veces al dia, y que fuese cada veinticuatro ó cuarenta y ocho horas y aun con alguna dificultad, deberia considerarse como estreñida. Esta enfermedad que se ha descrito tambien bajo los nombres de *alvus clausa*, de *retentio excrementorum*, es *muy frecuente*.

§. II.

CAUSAS.

Se ha buscado en la fisiologia las *causas primeras* del estreñimiento; asi es que se han descrito diversas especies en

co y de la acumulacion de las materias fecales que es su consecuencia. Es verdad que los autores han incluido un gran número de síntomas en este cuadro sintomatológico; pero es fácil convencerse de que han incluido en él fenómenos que son propios de otras afecciones, y de las cuales el estreñimiento solo era un síntoma.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El estreñimiento es una afeccion esencialmente *crónica;* sin embargo, no hay persona que no padezca mas ó menos frecuentemente un estreñimiento pasagero, pero que no se puede considerar como una verdadera enfermedad.

La *duracion* de la afeccion es *ilimitada*, y en cuanto á su *terminacion* no es de temer que sea fatal sino cuando sobreviene una acumulacion considerable de materias fecales.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

No hay ninguna lesion anatómica que se pueda mirar como causa del estreñimiento; pero hay algunas que son una consecuencia de él, tales como la dilatacion del intestino, el engrosamiento de las paredes, los apéndices y las desviaciones de este órgano indicadas mas arriba; por último, en algunos casos ha llegado á ser tal la distension, que se ha observado su *rotura.*

§. VI.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico del estreñimiento no presenta graves dificultades; pues la persistencia de la salud no permite creer que haya una afeccion orgánica profunda. La forma de las materias espelidas no es la que se observa en la *estrechez intestinal*, y por otra parte la falta de síntomas gástricos violentos impide admitir la existencia de una *estrangulacion interna*, aun

cuando el estreñimiento se prolongue escesivamente. Pero cuando hay *acumulacion* de materiales fecales el diagnóstico exije mayor atencion. Esta acumulacion de materias se verifica como he dicho, ya en el ciego, ya en la S ilíaca ó bien en el recto. En el *primer caso* se distingue el atascamiento intestinal del *cáncer* con el que pudiera fácilmente confundírsele, por un tumor duro, abollado, poco ó nada doloroso, y que da por la percusion un sonido á macizo que se continúa mas ó menos en la direccion del trayecto del intestino y sobreviene en poco tiempo. Mas para completar este diagnóstico es necesario añadir que falta el enflaquecimiento que por el contrario es mas ó menos notable en el cáncer.

La falta de dolores vivos, ya espontáneamente, ya á la presion, la menor intensidad de los síntomas, las abolladuras, la forma irregular y la estension del tumor, bastan para evitar el confundir la acumulacion de las materias fecales *en la S ilíaca* con la *invaginacion intestinal*, cuyo asiento principal es la fosa ilíaca izquierda.

Queda ahora la acumulacion de materias fecales *en el recto*. En este caso el tacto por el recto es un medio infalible de diagnóstico. Si en algunos casos se ha podido creer que existia un cáncer cuando no habia mas que materias fecales acumuladas, es porque no se tenia bastante presente la posibilidad de este accidente. Inmediatamente encima del esfinter se percibe un tumor duro, desmenuzable, seco, muy diferente de un tumor sanioso húmedo, que constituye casi todos los cánceres, y si se rasga con la uña, se estraen pequeñas partículas de materias fecales que no dejan la menor duda. No insistiré mas sobre estos diagnósticos que me parecen bastante aclarados.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Cuando el estreñimiento es ligero y compatible con un estado soportable de salud, los sugetos que le padecen se contentan con tomar de cuando en cuando algunos *laxantes y lavativas*, lo cual basta para librarles momentáneamente de los leves

síntomas que espermientan. Pero cuando el estreñimiento es mas pertinaz, se debe primero averiguar si hay en los hábitos y en el régimen algunas de las causas señaladas mas arriba; porque asi que se conozca, se presentarán por sí mismos los medios para combatirle. Asi pues, se usarán con buen resultado el *ejercicio*, y principalmenta el de *á pie*, el uso de las *frutas de la estacion*, de *vegetales verdes* y de las bebidas *refrigerantes y acídulas*. El *humo de tabaco* es en muchos sugetos un escelente laxante que se opone eficazmente al estreñimiento y lo mismo sucede para otros con el *agua pura*, la *leche* y la *cerveza*.

Si los medios anteriormente indicados no bastasen, es necesario recurrir á los purgantes mas ó menos enérgicos, segun los casos, de donde se han originado todas esas invenciones de *píldoras purgantes*, de *granos de salud*, etc., que es tan fácil reemplazar por algunas de las preparaciones que se encuentran en los diversos formularios. Se dará por ejemplo todos los dias la píldora siguiente:

℞	Jalapa..................	15 centígram. (3 g̃)
	Acíbar..................	10 centígram. (2 g̃)
	Escamonea..............	3 centígram. (1/2 g̃)

Para una píldora.

Por lo demás, bajo este punto de vista se debe estudiar la susceptibilidad intestinal de cada individuo, porque los purgantes tienen una accion muy diversa segun las personas.

El doctor Allnatt *(The Lancet)* aconseja la *hiel de buey* á la dosis de 60 gramos (2 onzas) en lavativa, y á la de 50 centígramos (10 granos) en píldoras.

Algunos sugetos no pueden vencer el estreñimiento sino tomando *lavativas de agua fria*. A veces ha bastado la aplicacion sobre el vientre de *compresas frias* ó de fragmentos de *hielo* y otras se han hecho con buen resultado *fumigaciones simplemente acuosas*, *ó bien cargadas de vinagre*, y dirigidas hácia el ano. Por último, si no hay acumulacion de materias en un punto del intestino, se usan con ventaja, las *lavativas purgantes*, pero solamente como medios *paliativos*.

Observando Fleury (1) que con los medios anteriormente

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1838.

espresados y aun los purgantes muy enérgicos, como el *aceite de croton tiglio*, solo se ha conseguido un resultado feliz momentáneo, ha intentado la curacion por medio de *mechas* introducidas en el recto, y untadas bien de cerato simple puro, ó bien de cerato al que se haya incorporado una quinta ó sesta parte de *estracto de belladona*. En comprobacion ha citado tres observaciones de estreñimiento muy pertinaz, en el cual ha tenido este medio el mejor resultado, y lo que hay mas notable es que al cabo de cierto tiempo que no ha pasado de veinte se han podido suspender las mechas sin que apareciese de nuevo el estreñimiento.

Yo mismo he observado un hecho semejante, y he visto que en tal caso hay ordinariamente cierto grado de constriccion del esfinter. Por consiguiente, se debe recomendar eficazmente esta medicacion en el estreñimiento muy pertinaz.

El doctor Schedel (1) refiere un caso en el que la *hidroterapia* ha triunfado de un estreñimiento que se habia resistido á los medios mas variados, de lo cual se han citado otros muchos ejemplos.

Réstanos ahora hablar del *tratamiento de la acumulacion de las materias fecales*. Cuando esta acumulacion se verifica en el ciego, se la debe combatir á la vez por el estómago y por el intestino. Por el primero se administran los *purgantes drásticos* y principalmente el *aceite de croton tiglio*, que se da en píldoras á la dosis de una, dos ó tres gotas. Al mismo tiempo se introducen en el recto y en el cólon *lavativas de agua de jabon* ó bien cargadas de 6 á 10 gramos (1 á 2 $^1/_2$ dracmas) de *sal marina*, un fuerte cocimiento de sen, en una palabra, las *lavativas purgantes enérgicas*.

Cuando se verifica la acumulacion en la S ilíaca y en el recto, son inútiles estas lavativas. Efectivamente, en el recto, penetrando la cánula en las materias fecales, no puede administrarse la lavativa, y si el sitio del mal es un poco mas alto, es arrojado el líquido á medida que se inyecta.

El doctor Teissier, de Lyon (2), ha usado con buen éxito la *nuez vómica*, á la dosis de un centígramo ($^1/_5$ de grano) al dia

(1) *Examen clinique de l' hydrothérapie*, p. 340.
(2) *Journ. de méd. de Lyon*, setiembre de 1845.

en el estreñimiento por inercia. Tambien aconseja las *lavativas astringentes* (con la corteza de roble, la ratania, la bistorta, el alumbre, el catecú, etc.) en las mismas circunstancias. Esta especie de estreñimiento se observa principalmente en los ancianos.

El doctor Allegrand (1) afirma con mucha frecuencia que ha triunfado de estreñimientos pertinaces por medio del *nitrato de plata*, administrado en cortas lavativas de la manera siguiente:

℞ Agua destilada...... 32 gram. (℥j)
Nitrato de plata...... 5 á 10 centigram. (1 á 2 g̃)

Disuélvase.

Antes de dar esta lavativa, es preciso administrar una de agua pura para lavar el intestino.

En estos últimos tiempos ha pretendido Piorry que la *presion ejercida sobre el trayecto del intestino* era el mejor medio de combatir el atascamiento estercoral. Pero si en algunos casos escepcionales ha podido servir este medio grosero, ¿quién no conoce que este medio no se puede aplicar en los mas de los casos? En primer lugar no se destruye por él la causa del estreñimiento, y además hay desviaciones del intestino, indicadas en particular por Toulmouche, que hacen que esta práctica no solo sea inútil, sino peligrosa.

La acumulacion de las materias en el recto exige una operacion particular, que es la de estraer mecánicamente las materias fecales.

Para este fin se ha propuesto servirse de una *cucharilla* ó del mango de una cuchara. Pero todos convienen en decir que es mucho mas conveniente el *dedo*. Introducido el índice untado de cerato ó de aceite en el recto, no tarda en encontrarse bien pronto la masa estercoral, la que se procura ir escavando y sacando por porciones. Algunos autores aconsejan cuando se ha logrado estraer una parte, hacer inyecciones para facilitar la salida del resto; pero solo se deben practicar cuando el dedo no puede alcanzar el bolo fecal. Continuando así la estraccion, se llega por lo regular á reducir la masa hasta tal punto, que escita las contracciones del intestino. Entonces se verifica la defecacion naturalmente, saliendo primero las materias endu-

(1) *Abeille médicale*, octubre de 1847.

recidas y luego otras mas blandas y frecuentemente en muchísima cantidad. En seguida es necesario administrar lavativas laxantes para impedir la reproduccion de la acumulacion.

ARTICULO XVIII.

HEMORROIDES.

Desde la mas remota antigüedad se ha estudiado esta afeccion de que se hace ya mencion en varios escritos de Hipócrates (1). Los médicos de los siglos siguientes han hecho de ellas el objeto de numerosas disertaciones, y hasta fines del siglo pasado se ha escrito mucho sobre esta materia. No hallaremos tantos trabajos en estos últimos años; sin embargo, es preciso citar la memoria de Recamier (2), la obra de Montegre (3), de la que tendré varias veces ocasion de hablar en este artículo, y muchos artículos de diccionarios, tales como el de J. Burne (4), el de F. Berard y Raige Delorme (5), y el de Monneret y Fleury (6). Es verdad que se han emprendido algunas investigaciones originales hace pocos años, y principalmente por Jobert (7) y Blandin; pero estas investigaciones, por otra parte muy interesantes, versan especialmente sobre la anatomía patológica y las operaciones á que dan lugar las hemorroides, sobre lo cual ya volveré á hablar mas adelante.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Mucho se ha disertado sobre la definicion de las hemorroides; pero habiéndose fijado bastante bien en la actualidad los

(1) *Œuvres complètes*, trad. par Littré; Paris, 1844, t. IV, *Aphorismes*, sect. 3 et 6.
(2) *Essai sur les hémorrhoïdes*; Paris, año VIII.
(3) *Des hémorrhoïdes*; Paris, 1817.
(4) *Cyclop. of pract. med.*, t. IV, p. 590, art. HEMORROIDS.
(5) *Dict. de méd.*, t. XV.
(6) *Compend. de méd. prat.*, t. IV.
(7) *Dissert. sur les hémorrh.*; Tésis, Paris, 1828.

límites de esta afeccion; estas discusiones son ya inútiles, especialmente para el práctico. En efecto, no se puede considerar como una afeccion hemorroidal todo flujo de sangre que proceda del recto: pues las disecciones esmeradas que recientemente se han hecho, y sobre todo las de Jobert, han demostrado que el carácter esencial de los tumores hemorroidales es el de estar formados por dilataciones varicosas de las venas rectales. Asi pues diremos con la mayor parte de los autores modernos, que las hemorroides consisten en tumores sanguíneos de naturaleza varicosa, con ó sin flujo de sangre. Esta definicion ha dado orígen á algunas objecciones que examinaré despues.

Tambien se ha descrito esta afeccion con los nombres de *hæmorrhagia intestinorum*, *hæmorrhoisis*, *fluxus hæmorrhoidalis;* los italianos le han dado el nombre de *morice*, los españoles el de *almorranas*, etc. Queriendo algunos autores distinguir los diversos estados, en que segun ellos se pueden presentar las hemorroides á su observacion, han propuesto dar el nombre de *flujo hemorroidal* á la hemorragia simple de la estremidad del recto, asignar el nombre de *tumores hemorroidales* á los tumores no fluentes, y reservar el nombre de *hemorroídes* para cuando hay á la vez tumores y flujo sanguíneo. Pero como haré notar despues de haber descrito los síntomas, semejante distincion carece de importancia.

Esta afeccion es bastante frecuente y vamos á indicar en qué circunstancias se produce mas comunmente.

§. II.

CAUSAS.

Ya he manifestado anteriormente que se habian hecho investigaciones exactas acerca de la anatomía patológica de las hemorroides; pero no sucede lo mismo, ni con mucho, respecto de las demás partes de la historia de esta afeccion, y esta reflexion se aplica particularmente á la etiología. Asi pues, á pesar de todos los escritos publicados sobre esta materia, no puede menos de suscitar dudas á cada paso. Esto es lo que habia ya indicado Raige Delorme, cuyas observaciones sobre este asun-

to son demasiado exactas, para que crea poderme dispensar de repetirlas aqui: «Las opiniones que se han formado sobre la etiología de las hemorroides son, dice, las mas veces resultado de deducciones teóricas, ó á lo menos de una generalizacion cuyos elementos, y por consiguiente cuya exactitud no conocemos. Pero es sabido por esperiencia que muchas de estas opiniones, formadas en virtud de ideas preconcebidas, acreditadas en la ciencia por el nombre de autores célebres, no han podido resistir un exámen severo. Es tan comun la afeccion hemorroidal, que no seria de admirar que se llegase á conocer todas las causas que se presume la deben dar orígen, pero queda aun por hacer la demostracion de su influencia.» Estando conformes con estas reflexiones, añadimos, que seria un trabajo digno de emprenderse el que tuviese por objeto aclarar este punto interesante de la etiología.

1.° Causas predisponentes.

Cuando se trata de las causas predisponentes de las hemorroides, es cuando mas se advierte la poca exactitud de las investigaciones de los autores. En efecto, vamos á ver que no solo estan lejos de hallarse siempre fundadas las opiniones en la observacion, sino que tambien á veces son enteramente opuestas.

Edad. Todos los autores estan conformes en decir que esta enfermedad se padece con mas frecuencia en la *edad madura.* Pero mientras que unos niegan que pueda presentarse en los niños, otros han reunido hechos para probar que no era muy rara en estos últimos. Asi pues, Trnka (1) ha citado treinta y nueve casos de niños que padecian hemorroides, entre los que habia cinco que tenian menos de un año. Montegre nos dice que ha visto algunos casos parecidos pero no los refiere. Este autor no quiere admitir con Dehaen (2) que se haya confundido la *procedencia del recto*, tan frecuente en los niños, con verdaderas hemorroides, porque el flujo de sangre es un signo característico que no permite equivocarse. Pero aun suponiendo que no hubiese error, los ejemplos precedentes no nos deben impedir

(1) *Hist. hæmorrhoidum,* etc.; Viena, 1794.
(2) *Thes. pathol., de hæmorrh.*; Viena, 1759.

creer que está enfermedad es relativamente muy rara en los niños, porque no hay duda de que se han recogido todos los hechos de esta especie, al paso que se han dejado pasar á millares los casos de hemorroides en los adultos. Por consiguiente, la proporcion es de las mas reducidas.

Sexo. Hé aqui una cuestion que no está completamente resuelta, porque no se han hecho las investigaciones de un modo conveniente. La mayor parte de los autores admiten con Hipócrates, que las hemorroides son mucho mas frecuentes en los hombres que en las mugeres; pero hay algunos de ellos, entre los que debemos citar especialmente á Cullen y J. Frank (1), que afirman positivamente lo contrario. Montegre toma un término medio; en efecto, segun él las hemorroides accidentales y pasajeras pueden ser mas comunes en las mugeres que en los hombres, pero se ve con mas frecuencia en estos últimos que se establece esta afeccion de una manera constante y regular. Basta hacer estas indicaciones para dar á conocer cuánta es nuestra incertidumbre sobre un punto que un exámen mas atento de los hechos hubiera tan fácilmente podido aclarar. Por lo demás nos limitaremos á decir, que de estas opiniones la mas probable es que son mas frecuentes las hemorroides en los hombres.

Constitucion y temperamento. Segun Montegre, «se pudiera trazar asi el retrato del hemorroidario: es alto, mas bien delgado que grueso; tiene el color aplomado y amarillento, con gruesas venas que serpentean en sus brazos, manos, piernas y pie; su pelo es negro, y anima sus miradas un fuego sombrío; es brusco y colérico; sus pasiones son violentas y sus resoluciones tenaces; come mucho, pero le es indiferente la clase de alimentos, muchas veces se halla atormentado por ventosidades y siempre estreñido.» He citado este pasaje solo con el fin de manifestar con qué seguridad afirman las cosas los autores, á pesar de faltarles las pruebas. ¿Quién es el que no ha visto hemorroidarios que en nada se parecen á este retrato? Por otra parte ¿no basta la existencia de esta afeccion durante cierto tiempo para modificar notablemente la constitucion? ¿Por qué pues no se ha averiguado si esta constitucion era primitiva ó

(1) *Tratado de patología interna,* por J. Frank, Madrid.

ó secundaria. Es evidente que no se puede obtener ningun resultado preciso procediendo de una manera tan viciosa. Las mismas reflexiones se aplican á la influencia del *temperamento bilioso*, indicada principalmente por Stahl. Puede haber algo de verdad en estas opiniones; pero nos falta la demostracion, y quizá sucede con esta constitucion hemorroidaria lo que con la constitucion apoplética, cuya poca certeza han demostrado las investigaciones modernas.

Como hace observar Raige Delorme, tampoco tenemos pruebas mas positivas respecto á la influencia de la *plétora*, y sin embargo se halla admitida generalmente esta causa predisponente. En cuanto á la *hipocondría* ¿es la causa ó el resultado de la afeccion hemorroidal? Esta última suposicion parece la mas probable.

Higiene. Se incluye el género de vida en la primera línea de las causas predisponentes de las hemorroides. Los *alimentos* abundantes y suculentos, las carnes negras, las especias y las bebidas alcohólicas favorecen principalmente segun los autores, la produccion de esta enfermedad. Lo mismo sucede con *la vida sedentaria.* Hoffmann atribuia á los progresos del lujo el aumento de la frecuencia de las hemorroides que habia creido observar en Sajonia, en el espacio de cuarenta años: pero estas son cuestiones que todavía no estan completamente resueltas.

Estaciones y climas. Algunos autores creen que son mas frecuentes las hemorroides en las *estaciones calorosas* y en los *climas cálidos.* Pero si se consultan las observaciones, se ve que esta afeccion es comun á todos los climas y á todas las estaciones, y que si hay una verdadera diferencia no la conocemos suficientemente. Por otra parte, esta cuestion se refiere á los hábitos higiénicos, y no se la puede tratar por separado.

¿La supresion de los diversos flujos es una causa predisponente? Los autores no tienen la menor duda sobre este punto, y se han citado un gran número de hechos en favor de esta opinion. Asi pues se ha visto que las *reglas suprimidas* son reemplazadas por la aparicion de hemorroides que daban lugar á un flujo de sangre mas ó menos regular, y entonces era una *hemorragia supletoria.* Otras veces han sentido los enfermos los primeros síntomas de la afeccion de que se trata,

despues de haber desaparecido al cabo de bastante tiempo una *epistaxis* habitual. Tambien se ha observado que los sugetos predispuestos á la epistaxis durante su infancia y su juventud, eran mas frecuentemente atacados de hemorroides que los demás. En fin, se han citado hechos, y F. Hoffmann en particular (1) refiere uno bastante notable, en el que despues de haber dejado *de hacerse una sangría habitual*, han sentido los enfermos los primeros ataques de la afeccion hemorroidal. Estos hechos, cuyo valor é importancia no quiero negar, carecen de toda la precision que era de desear.

Cualidad hereditaria. Para los que consideran como demostrada la influencia de la constitucion no dudarán ni un instante en admitir la trasmision hereditaria de las hemorroides. Pero si se recuerda lo que se ha dicho anteriormente, se convendrá en que es muy dificil llegar por esta via á deducir una conclusion rigurosa. Unicamente quedan los hechos; pero diga lo que quiera Montegre son bien insuficientes. Alberti (2) ha visto un niño hijo de un padre hemorroidario, ser atacado de esta afeccion desde su mas tierna edad, y Delarroque (3) ha conocido una familia toda entera, compuesta de *ocho* á *nueve* personas, asi hombres como mugeres, cuyos individuos se quejaban todos mas ó menos de hemorroides. Algunos autores, y entre otros Alberti y Trnka, citan ejemplos parecidos. Hé aqui todo lo que sabemos sobre este asunto. Por lo demás estoy muy lejos de negar á esta afeccion la cualidad de hereditaria; pero se convendrá en que con semejantes elementos es imposible formarse la menor idea de su influencia.

Quedan en fin las *pasiones tristes* y los *escesos venéreos*. Pero en cuanto á la primera de estas causas se puede preguntar sino seria mas bien un resultado de la enfermedad, y respecto á la segunda, se puede decir que no existen hechos auténticos que la apoyen.

De este exámen resulta que de ninguna manera he exagerado la incertidumbre que reina sobre la existencia ó sobre el grado de influencia de estas causas predisponentes, que se pueden designar como lo hacen algunos autores con el nombre de

(1) *Cons. et resp. med.*
(2) *Dissert. de hemorrh. hæred.*; 1727.
(3) *Traité des hémorroïdes*; Paris, 1812.

causas generales. En fin, para llegar á conocerlas, es preciso proceder de otra manera que lo que se ha hecho hasta el presente, y recurrir á la análisis exacta de los hechos y á la estadística, lo cual es, repito, un escelente punto sobre el cual podian versar los trabajos de los observadores concienzudos.

2.º Causas ocasionales.

Las causas ocasionales, en las que encontraremos principalmente á aquellas á que se ha dado el nombre de *locales*, son mucho mejor conocidas.

En primer lugar es menester mencionar el *estreñimiento*, que es una de las causas determinantes mas activas. Segun los autores no es solo por la distension que ejercen las *heces* sobre la parte inferior del recto, como esta causa ejerce su influencia, sino tambien por la accion de materias acres é irritantes sobre las paredes de este órgano. Pero ningun esperimento ha probado la realidad de este segundo modo de obrar. Al contrario todo induce á creer que no hay mas que un simple efecto mecánico, y que la compresion prolongada de las venas del recto, produce por sí sola la dilatacion de los vasos oponiéndose al regreso de la sangre. Es cierto tambien que se ha considerado como un medio que favorece la dilatacion, la mayor ó menor contusion del orificio del recto, en el momento en que el bolo fecal endurecido es espelido á veces con suma dificultad. Pero si no se puede dudar que una vez producidas las hemorroides, esta contusion no ocasione accidentes notables, no es tan cierto que tenga una influencia marcada en su produccion. Sea de esto lo que quiera, no es dudoso que la primera aparicion de las hemorroides va casi siempre precedida de un estreñimiento mas ó menos pertinaz.

De la misma manera obra la compresion ejercida por el útero en el estado de *preñez*, y por los *tumores* que ocupan los órganos inmediatos al recto, y estas causas que ejercen inmediatamente su influencia sobre el órgano enfermo, han sido designadas asi como el estreñimiento, con el nombre de *causas determinantes directas*. ¿Se deberán añadir las diversas *erupciones* que ocupan el ano, las *fricciones* demasiado repetidas en estas partes, las *lociones* multiplicadas en esceso, y la introduc-

cion de *cuerpos estraños* en el recto? Si estos últimos fuesen voluminosos, podrian obrar como todas las causas precedentes; pero los casos de este género son muy raros, y se puede decir que no está bastante demostrada la existencia de estas últimas influencias. Lo mismo sucede con otra causa tambien indicada por todos los autores, es decir, la costumbre de *permanecer largo tiempo sentado al obrar*, aunque por otra parte es evidente que el estreñimiento pertinaz esplica el mucho tiempo que se emplea para defecar, y esta causa basta por sí sola para producir la enfermedad.

En cuanto á la *inflamacion* del recto, á las *grietas* del ano, á su *constriccion espasmódica*, al *escirro* y al *cáncer* de este órgano, se ha estudiado muy poco su influencia, y no se puede menos de pensar que en cierto número de casos ha habido errores de diagnóstico. Esta es por lo demás la opinion de los autores mas estimados que han escrito sobre esta materia. Se ha dicho y se ha repetido que la *disenteria* era á veces seguida de la aparicion de hemorroides; ¿pero se ha tenido bastante en consideracion las coincidencias?

Se han indicado tambien otras causas bajo el nombre de *causas determinantes indirectas*, y se ha dicho que en estos casos las hemorroides eran *sintomáticas*. Entre otras citaré en primer lugar *el uso de sillas de asiento horadado*, en cuyo caso seria la causa determinante de las hemorroides la compresion circular ejercida al rededor del ano. Pero al apreciar el valor de esta causa se ha olvidado que las mas veces se recurre á esta especie de asientos para evitar el dolor producido por la compresion de las hemorroides ya formadas. Por otra parte algunos autores son de una opinion enteramente opuesta, puesto que les recomiendan precisamente para evitar esta afeccion, por consiguiente, no es menester mas para demostrar la incertidumbre que reina aun sobre este punto. No menos dudosa es la influencia del uso de *vestidos demasiado apretados*: Hildebrandt ha citado un hecho que al parecer apoya esta opinion, pero está bien lejos de bastar un hecho aislado.

Tambien se han incluido entre las causas la *carrera* muy prolongada, la *equitacion* y el *traqueteo* de los carruages, los *golpes* violentos y las *caidas* sobre las nalgas, pero tambien se carece de pruebas. En cuanto á la equitacion, Montegre ha citado

á Baldinger, Larrey y sus propias observaciones para manifestar cuán hipotética es la existencia de esta causa. Sin embargo, este autor mira como una muy eficaz de las hemorroides, el *montar á caballo sin silla*; pero las pruebas que cita en su apoyo no tienen un valor real.

Iguálmente se han incluido entre las causas el uso inmoderado de los *purgantes* y principalmente del acibar, del ruibardo, de la jalapa, de las sales neutras, etc.; pero se han fundado menos para sostener esta opinion en la observacion directa que en la induccion sacada del tratamiento adecuado para reproducir las hemorroides suprimidas y que consiste en el uso de las sustancias que se acaba de indicar; pero no se ha pensado que una cosa es obrar sobre el recto ya afectado por las varices rectales, y que era anteriormente el asiento de una fluxion hemorroidaria, y otra cosa es producir estos efectos en un recto sano. Por otra parte, ¿no se usan estos purgantes para combatir un estreñimiento pertinaz? ¿y no basta este estreñimiento para originar la afeccion? Tambien se comprende en esta categoría el uso de los *supositorios*, de las *lavativas* irritantes y de las lavativas de agua fria.

Se ha atribuido á los *emenagogos* una accion poderosa sobre la produccion de las hemorroides, y se ha esplicado esta accion por las conexiones venosas del útero y del recto. Esta esplicacion parece muy satisfactoria, porque se concibe fácilmente que si un medicamento obra produciendo un aflujo de sangre hácia el útero, este aflujo debe estenderse hasta el recto. Pero en último resultado, es tan solo una esplicacion, y los hechos que se han citado entre los que es preciso distinguir uno referido por Stork (1) estan lejos de poner este hecho fuera de duda.

Respecto á la aplicacion repetida de *sanguijuelas al ano* y al uso de *pediluvios calientes*, no tenemos mas que simples presunciones. Es cierto que se emplean estos medios, sobre todo el primero, para reproducir las hemorroides suprimidas; pero pudiera repetir sobre este punto las reflexiones que he hecho tocante á la accion de los purgantes.

Me limitaré á mencionar la *impresion local del calor y del frio, el orgasmo venéreo y la existencia de lombrices* en el recto, porque nos faltan pruebas que acrediten su influencia.

(1) *Obs. cliniq.*, ann. VII.

Otro tanto diré de las *pasiones tristes*, *de la cólera* y de la *nostalgia*, y añadiré que en muchos casos es indudable que estas pasiones han sido el resultado de la enfermedad incipiente y de los dolores esperimentados por los enfermos, mas bien que su causa. Es verdad que se han citado hechos en que se ha presentado el flujo sanguíneo inmediatamente despues de un acceso de cólera ó de un fuerte terror; pero en estos existia ya la enfermedad. No son pues estas las causas de la enfermedad, sino mas bien escitantes de uno de sus síntomas lo que es muy diferente; pero ya volveré á hablar de esto mas adelante.

Algunas enfermedades cuyo asiento se halla en partes muy distantes del recto pueden, por su accion sobre la circulacion venosa intestinal, obrar como el mismo estreñimiento, tales son: los *tumores* de los órganos abdominales, y particularmente *los del hígado*. Con todo en algunas enfermedades de este órgano se han visto aparecer las hemorroides, aunque no se halle sensiblemente dificultada la circulacion; pero se esplica muy bien el hecho por el estreñimiento que en semejante caso es un síntoma de la afeccion hepática.

Tambien me contentaré con indicar las *metástasis* producidas por la repercusion de los *herpes*, por la *supresion de la traspiracion*, etc., mas para probar su existencia ó á lo menos para apreciar su importancia, seria menester en vez de simples afirmaciones, tener mas bien suficiente número de observaciones exactas y bien analizadas de que carecemos.

Quedan en fin las *hemorroides críticas*. El número de las enfermedades que segun los autores pueden juzgarse por las hemorroides, es muy considerable: ¿pero se ha observado bien? Basta decir que á pesar de todo el cuidado que se ha tenido en la observacion, no se ven en el dia las inflamaciones del cerebro, del pulmon, de los riñones, etc., juzgadas por las hemorroides, y si hay algunos casos de esta especie son escepcionales. Todos han referido sobre este punto una observacion de Foresto (1); pero basta hacer mencion de ella.

Acabo de esponer el estado de nuestros conocimientos sobre la etiologia de las hemorroides, sin disimular la incertumbre que reina en ella, y que sola la observacion puede hacer

(1) *Observ. ad curat. med.*, lib. XXIX.

desaparecer. Entre tanto, es de advertir que de todas las causas la mas activa y mas frecuente es un estreñimiento prolongado cualquiera que sea su orígen.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para describir las hemorroides ¿convendrá seguir alguna de las divisiones establecidas por los autores? Antes de responder echemos una ojeada sobre una de estas divisiones, por ejemplo, la de Montegre. En concepto de este autor se deberian distinguir en las hemorroides dos órdenes, ocho especies y gran número de variedades. Los dos órdenes son: 1.° Las *hemorroides periódicas y regulares;* 2.° las *hemorroides anormales é irregulares*. Las ocho especies son las siguientes: 1.° *H. secas;* 2.° *H. fluentes;* 3.° *H. con tumores;* 4.° *H. con dolores;* 5.° *H. con estrechez del ano;* 6.° *H. ulceradas;* 7.° *H. con procidencia del recto*, y 8.° *H. con irritacion de la vejiga*. Basta citar esta nomenclatura para manifestar cuán poca es su importancia. En efecto, en ambos órdenes solo hay una diferencia en el curso de la enfermedad, diferencia que no cambia su carácter. En cuanto á las especies estan fundadas en síntomas, que en un mismo caso pueden aparecer y desaparecer varias veces. Las variedades estriban en modificaciones todavía mas fugaces.

Sin duda seria mas útil seguir en parte la division propuesta por Pinel, y posteriormente por Recamier. Estos autores admiten cuatro especies de hemorroides, que son: 1.° las *hemorroides recientes por causa general;* 2.° las *hemorroides recientes por causa local;* 3.° las *hemorroides antiguas periódicas;* 4.° las *hemorroides complicadas con úlceras del intestino ó varices*. Mas á pesar de todos nuestros esfuerzos no hemos podido determinar de una manera positiva cuáles son los casos en que se debe reconocer una causa general, por lo tanto es inútil la division bajo este punto de vista. Asi pues se ve que los autores que la han adoptado y el mismo Recamier, la abandonan en la descripcion de los síntomas en lo que era imposible seguirla, y no vuelven á hacer uso de ella sino al hablar del tratamiento, porque no hallándose entonces embarazados por la necesidad de una demostracion, han podido volver á su hipótesis.

Invasion. La invasion de las hemorroides es por lo comun lenta, gradual é intermitente. Antes de que hayan podido observarse los tumores que forman el principal carácter, antes de que haya flujo de sangre por el ano, se manifiestan fenómenos importantes, que la mayor parte de los autores han descrito bajo el nombre de *fluxion hemorroidal*. Esta fluxion, que en el mayor número de casos es comun á la invasion de la enfermedad, y á la invasion de los ataques que han sobrevenido en su curso, no es admitida por todos como una parte integrante de la afeccion. Monneret y Fleury han insistido en que se debe cesar de considerar al flujo hemorroidal, ó segun su espresion, á la congestion del recto, como perteneciente á las hemorroides. La razon que dan es que puede bien existir esta congestion sin ser seguida de tumores hemorroidales característicos, y que no está mas ligada con esta última afeccion que la congestion cerebral lo está con la apoplejía. Por mi parte no creo que esta razon sea muy poderosa, pues se ve demasiado bien la relacion íntima que existe entre la fluxion hemorroidal y los tumores que la siguen, y se comprende demasiado bien que estos no son sino una continuacion de aquella, para separarlos de esta manera. En la misma apoplejía, si antes de la hemorragia cerebral ha habido síntomas de simple congestion, miramos á estos síntomas como íntimamente relacionados con la hemorragia, y lo mismo sucede con otras muchas enfermedades, aunque pueden existir los fenómenos de la invasion sin ser seguidos de la afeccion confirmada á que preceden, y pueden constituir asi una afeccion independiente.

Se ha exagerado mucho la importancia de los fenómenos de la invasion, porque se ha querido reunir en un solo cuadro todos los signos que se han presentado á la observacion, aunque fuesen enteramente escepcionales.

Los síntomas que anuncian por lo comun la invasion de las hemorroides son: una incomodidad á veces muy molesta hácia la parte inferior del recto, una sensacion de peso y aun á veces de cuerpos estraños en esta parte. En algunos casos hay un dolor bastante vivo. La incomodidad, el peso y el dolor se sienten principalmente, cuando el sugeto está en pie por espacio de algun tiempo, fenómenos que se estienden é irradian hácia las partes inmediatas; de lo que proviene la sensacion de peso

en toda la pelvis, los dolores en el sacro, lomos, perineo y partes genitales.

Al mismo tiempo se manifiesta una sensacion de calor hácia la parte inferior del recto, y el contorno del ano está duro y resistente, lo que es debido á su hinchazon, aunque no haya todavía un tumor hemorroidal bien distinto.

De este estado del recto resultan algunos trastornos funcionales que merecen mencionarse. Muchas veces hay frecuentes ganas ó no de obrar, y los esfuerzos infructuosos que hacen los enfermos para satisfacerlas, tienden todavía á aumentar la intensidad del mal. Siendo la afeccion casi siempre precedida de un estreñimiento mas ó menos pertinaz, tiene otro inconveniente la escrecion de las materias fecales: el paso de estas materias duras y llenas de asperezas, produce la contusion y aun la rasgadura de las partes congestionadas, y de alli resulta el flujo abundante de sangre que á veces acompaña á la defecacion.

Mientras que estos fenómenos locales se manifiestan, se observa que el pulso está duro, mas ó menos frecuente, que hay inquietud, insomnio causado por la sensacion de estorbo y de dolor en el recto; que el caracter del enfermo se hace áspero, que el apetito es menos bueno y que son mas penosas las digestiones.

Tales son los signos que en el mayor número de casos anuncian el principio de un trabajo patológico, cuyo resultado debe ser la formacion de las hemorroides. Aunque yo he eliminado muchos síntomas dudosos, debo añadir que esta descripcion no está fundada mas que en apreciaciones generales, necesariamente vagas, quedando por hacer sobre este asunto un trabajo que tenga suficiente exactitud.

En algunas ocasiones esta congestion hemorroidal de la invasion va precedida de algunos síntomas generales, tales como un mal estar indefinible, horripilaciones y lasitudes sin causa apreciable, tristeza, calor, pesadez de cabeza, aturdimiento y una alteracion mas ó menos marcadas de las facciones, trastornos digestivos, flatuosidades intestinales, etc. Pero estos fenómenos estan lejos de presentarse en todos los casos de una manera tan notable, y muchos autores han hecho mal en generalizarlos.

Ya he dicho anteriormente que no era contínua la invasion; en efecto, no es raro ver que se disipa esta congestion, para re-

producirse en seguida muchas veces con diversos intervalos, antes de que se hayan manifestado los tumores hemorroidales característicos. Al cabo de dos, tres ó cuatro dias y algunas veces mas, se desvanece la congestion ya despues de un flujo de sangre semejante al que describiremos mas adelante ó ya sin ningun flujo.

Síntomas. Cuando la enfermedad se halla confirmada, y se han formado los tumores hemorroidales, se observa una série de síntomas tan pronto contínuos como intermitentes. En estos últimos casos la enfermedad sobreviene por *ataques* mas ó menos aproximados. Voy ahora á describir los síntomas, haciendo abstraccion de estos ataques y reservándome hablar estensamente de ellos al tratar del curso de la enfermedad.

El *peso hácia el recto*, indicado mas arriba, es tanto mas considerable en igualdad de circunstancias, cuanto mas voluminosos y mas llenos de sangre son los tumores. Lo mismo sucede con la sensacion de un cuerpo estraño en este órgano. El *dolor* es con frecuencia muy vivo, á veces lancinante, y se irradia mas ó menos lejos, sobre todo hácia el perineo y los lomos, y á veces obliga á los enfermos á tomar posturas estravagantes, como á estar de rodillas y apoyarse sobre los codos, cambiar frecuentemente de actitud. La presion sobre las márgenes del ano produce dolor, sobre todo cuando sobresalen los tumores al esterior, esto es, que las hemorroides son esternas, para servirnos de la espresion admitida. Asi es que los enfermos tienen mucha dificultad en sentarse, haciéndolo de medio lado ó en asientos horadados. Sin embargo, algunas veces comprimen el ano con la mano, con el objeto de aliviarse; pero no es posible esta compresion sino en los casos en que las hemorroides son internas ó poco hinchadas. Tambien es muy dolorosa la defecacion, y el dolor que causa el paso de las materias endurecidas se continúa mas ó menos tiempo despues, segun que ha habido ó no rasgaduras. El estorbo, el dolor y la presencia de los tumores hace el andar penoso y difícil, y esto aumenta á su vez los accidentes.

La *sensacion de calor* que se percibe en la parte inferior del recto es muy viva, y puede llegar á parecerse á la de una quemadura; pero tambien sienten los enfermos *latidos* en la parte enferma, semejantes á los del flemon.

Si los tumores son voluminosos y estan tirantes y llenos de sangre, la *emision de la orina* pueder ser difícil y dolorosa, sobre todo hácia el fin, en que el perineo se contrae violentamente.

Aqui hallamos los *fenómenos generales* señalados en la descripcion de la congestion rectal, lo que nada tiene de sorprendente, porque en el momento en que aparecen los tumores ó adquieren incremento si existian ya, es porque se verifica una congestion parecida.

Pero estos fenómenos no tienen por lo general la misma intensidad, porque el flujo de sangre que termina la escena es por lo regular mas fácil que en los casos en que se termina la congestion de la misma manera. Algunas veces por el contrario, bien porque la congestion sanguínea sea muy violenta, bien porque una causa cualquiera se encuentre impedido el flujo hemorroidal, estos síntomas generales son violentos y estan en relacion con la intensidad de los locales, tales son: ansiedad considerable, agitacion, insomnio, un calor mas ó menos intenso, retraccion y desigualdad del pulso (Recamier), á las que vienen á agregarse flatuosidades, la dificultad en las digestiones, y algunas veces el entorpecimiento de las estremidades inferiores (Hoffmann).

Tumores hemorroidales. Cuando los signos de la invasion anteriormente indicados, han existido por espacio de mucho tiempo ó se han reproducido diferentes veces, se observa la aparicion de tumores particulares, que tan pronto se manifiestan á lo esterior como quedan en el interior del recto. Sin ocuparnos en este momento de la naturaleza de estos tumores, vamos á dar una descripcion detallada de ellos.

Su número es variable; rara vez existe uno solo; las mas veces se encuentran dos ó tres, y algunas bastantes para ocasionar una especie de obstruccion de la parte inferior del recto. Son redondeados, y forman por su reunion una masa abollada; pero algunas veces son prolongados y como pediculados. Se han observado algunos que tenian el grosor de un huevo de gallina, y J. Frank (1) dice que los habrá visto del tamaño de un huevo de ganso. Estos casos son escepcionales, y por lo general los tumores tienen un volúmen mucho menor. Muchas veces for-

(1) *Traité de médic. prat.*, trad. par Goudareau; Paris, 1842, t. I, p. 540.

man reuniéndose al interior ó al esterior un *rodete irregular* que rodea el recto. Su *color*, cuando estan hinchados por la sangre, es amoratado ó negruzco, y la mucosa en los puntos que les cubre parece trasparente como una película.

Cuando estos tumores se han desarrollado primitivamente en la márgen del ano, estan en parte cubiertos por la mucosa y en parte por la piel, lo que es fácil de distinguir. Por el contrario, cuando nacen en el interior mismo del recto, y no se han presentado al esterior sino consecutivamente, son por todas sus partes violáceos, y se conoce la mucosa que los cubre en su aspecto liso y en su trasparencia. En fin, cuando son internos los tumores y no salen fuera, se los percibe introduciendo el dedo en el recto, porque no estan situados en un punto distante de su orificio.

Flujo hemorroidal. Cuando estan muy distendidos los tumores, y aun antes, si la congestion sanguínea es suficiente, si la inflamacion es poco violenta ó si una causa cualquiera ha producido su rotura, se ve sobrevenir un flujo de sangre que varía en su cantidad. Aunque por lo comun es de mediana abundancia, la pérdida de sangre puede ser á veces bastante considerable para hacer temer por la vida del enfermo. Se han citado casos en que el flujo ha sido de una y hasta de dos libras de sangre al dia, por el espacio de uno ó dos meses, y aun de años. Panarola refiere una observacion de esta última especie, pero no puede menos de sospecharse que en esta relacion hay algun error ó exageracion, y tanto mas que el autor añade que el enfermo gozaba de perfecta salud, lo que no podia suceder habiendo una pérdida tan considerable de sangre y prolongada por tanto tiempo.

La cantidad de sangre que sale puede ser muy grande en poco tiempo como se ha observado en los casos referidos por Hoffmann, Pezold y Montegre, en los que se dice que la cantidad de sangre espelida fue bastante considerable para llenar dos orinales, ó bien que habia llegado á veinte y aun á sesenta libras. Cito estos hechos, porque en todos ellos, léjos de ser muy fatales las consecuencias de estos flujos, han sido segun los autores, sumamente favorables. ¿Pero se deberán admitir semejantes relaciones sin ninguna restriccion? Montegre mismo manifiesta algunas dudas acerca de la exactitud de la observacion.

En cuanto á los casos en que ha sido bastante considerable la pérdida de sangre para comprometer la existencia, es fácil conocer que ha debido ser enorme.

La sangre fluye ordinariamente rastreando; pero cuando van á obrar los enfermos, puede salir por un chorro á veces bastante fuerte, lo cual depende de los esfuerzos de la defecacion, y de la presion ejercida sobre el recto por las materias fecales endurecidas. Este líquido es ordinariamente negruzco; sin embargo, cuando el chorro es muy grueso, y sobre todo cuando el flujo ha sido ya muy abundante, la sangre puede ser roja ó pálida segun dure mas ó menos la hemorragia.

Se ha disertado mucho acerca de la existencia de un *flujo hemorroidal pasivo* y de un *flujo hemorroidal activo;* pero nada se ha dicho acerca de esto que pueda satisfacer. Cuando hay signos de debilidad general, y los síntomas de la congestion son poco notables ó no son manifiestos, se dice generalmente que el flujo es pasivo; pero en la actualidad, que las investigaciones de la anatomía patológica han manifestado que la causa principal del flujo era la acumulacion de la sangre en las vesículas dilatadas, son insuficientes estas esplicaciones. En resúmen no se tiene ninguna prueba de la existencia de dos flujos particulares.

¿Pero se produce este flujo sanguíneo por exhalacian ó por rotura de los vasos? No puede dudarse que en muchos casos hay rotura de los tumores; pues las cicatrices que se han encontrado en las disecciones, no dejan tocante á este punto la menor incertidumbre, y de esta manera se esplican esos chorros de sangre que se lanzan algunas veces á grandes distancias. Pero ¿sucede siempre asi? No lo podemos afirmar, aun prescindiendo de aquellos casos, en que ha sobrevenido el flujo despues de una simple fluxion, y no admitiendo, con algunos autores, como verdaderas hemorroides sino las que se hallan caracterizadas por la presencia de tumores.

En algunos casos el desarrollo de los tumores, en lugar de terminarse por un flujo sanguíneo, completa todos sus períodos y se termina por una especie de resolucion, sin que fluya una gota de sangre; entonces se dice que las hemorroides son *secas*, para distinguirlas de las precedentes, que se han llamado *fluentes;* pero esta distincion no es de la mayor importan-

cia, porque se ve en el mismo sugeto que las hemorroides son secas ó fluentes en diferentes ataques. Sin embargo, bajo el aspecto del diagnóstico y del tratamiento, no se debe olvidar esta particularidad.

En los ataques comunes de hemorroides sucede todo como acabo de indicar, despues el dolor disminuye y cesa; lo mismo ocurre con la pesadez hácia el recto y la sensacion de un cuerpo estraño; los tumores se reblandecen, pierden despues su volúmen y se arrugan. Estos presentan entonces el aspecto de prominencias aisladas, blandas, de color pálido, indolentes, que se las pueden hacer mover con facilidad. Cuando son internas se percibe con el dedo que se han desinchado y disminuido de volúmen. Al mismo tiempo que se efectúan estos cambios en los tumores, disminuyen los síntomas generales: cesa el mal estar y la agitacion, el pulso vuelve á su estado natural, y se restablecen las funciones digestivas, y aun es frecuente ver á los sugetos mas sanos y mas ágiles despues de estos ataques.

Pero en algunos casos sobrevienen accidentes que merecen se haga de ellos una mencion especial. Está lejos de hallarse demostrado que haya siempre cierto grado de *inflamacion* en los tumores hemorroidales durante el ataque. En efecto, la simple replecion sanguínea de la parte inferior del recto basta para esplicar todos los fenómenos descritos mas arriba; pero en algunos casos esta inflamacion es evidente, y á veces muy violenta. Entonces el dolor es mucho mas vivo é insoportable en algunos sugetos; las partes hinchadas estan rojas, calientes, y los órganos inmediatos como la vejiga y los órganos genitales, participan de un modo notable del estado de padecimiento del recto, de donde provienen los pujos vesicales, la estrangurria, los dolores en el perineo, la vagina, etc. Algunas veces se ha visto que esta inflamacion termina por abscesos en el interior de los tumores, ó en el tejido celular inmediato.

En estos últimos tiempos se ha señalado un accidente particular de las hemorroides que acompaña al precedente, cual es la *flebitis*. Es raro, como hace notar Cruveilhier, que esta flebitis se haga purulenta. Cuando asi sucede, se ven sobrevenir los graves síntomas que he descrito en el artículo *flebitis*. En los casos en que la flebitis no es mas que local y simplemente

adhesiva, no se observan otros fenómenos que los de la inflamacion poco hace indicados.

Cuando hace mucho tiempo que existen los tumores hemorroidales, forman un rodete al rededor del recto. Si han sido primitivamente internos los esfuerzos de la defecacion, tienden de cada vez á empujarlos hacia fuera, hasta que al fin se presentan en el ano. Esta especie de espulsion no puede verificarse sin que sea atraido el intestino mas ó menos abajò, á pesar de que los tumores hemorroidales se prolongan entonces como si tuvieran un pedículo. Pero en muchos casos resulta una *procidencia del recto* cuando los enfermos van á obrar, lo que exige por su parte algunas maniobras para volver á introducir el intestino y los tumores. Pero si la fluxion hemorroidal es de cierta intensidad, puede resultar que despues de la defecacion queden los tumores demasiado hinchados para poder ser introducidos en el recto. Los enfermos hacen en vano esfuerzos para conseguirlo, y si trascurre cierto tiempo, aumentándose la hinchanzon por la constriccion del ano que en semejante caso sobreviene, se opone enérgicamente á la introduccion de las hemorroides, de lo cual resultan fenómenos graves. Entonces se ve fuera del ano un rodete amoratado ó negruzco, estremamente doloroso al tacto, siendo igualmente el asiento de dolores espontáneos vivos, y separado en muchas porciones por algunos surcos estrechos y profundos. La ansiedad es viva, los enfermos se ven obligados á echarse de lado ó sobre el vientre, en una palabra, se desarrollan con notable intensidad los síntomas generales indicados mas arriba.

Si por medio de las maniobras que espondré mas adelante, no se puede llegar á vencer la resistencia del ano y á introducir los tumores, les invade por lo comun *la gangrena*, porque es raro que los medios ordinarios basten para producir la deshinchazon de estos tumores asi estrangulados. Esta gangrena es por lo regular poco profunda; no interesa mas que á las partes mas salientes de los tumores, que se reblandecen, se ponen agrisados, parduscos ó de color verde oscuro, se desprenden y permiten que entre el resto del rodete. Sin embargo, algunas veces como de ello citan los autores ciertos ejemplos, la gangrena invade todo el tumor, se estiende al recto, y en este caso ocasiona accidentes mortales.

Entre los demás fenómenos que pueden tener lugar en las hemorroides, es preciso mencionar las *grietas* y las *úlceras*. Estas lesiones hacen muy dolorosos los tumores, aumentan la dificultad de la defecacion, y producen una esudacion purulenta que puede continuarse cuando los tumores esten en parte deshinchados.

¿Cuando no hay ninguna grieta ni úlcera, puede haber un flujo purulento ó mucosopurulento del ano en los hemorroidarios? La existencia de este flujo, al que se ha dado el nombre de *hemorroides blancas* ó *de leucorrea anal*, no parece dudosa si nos atenemos á lo que dicen los autores; no obstante seria de desear que fuese este hecho observado con mas cuidado. Por lo demás, cualquiera que sea la causa, es cierto que se ve en sugetos que padecen desde mucho tiempo de hemorroides, que se presentan estos flujos blancos por lo comun antes y despues de los ataques, y aun reemplazan algunas veces el flujo sanguíneo.

El *estreñimiento*, que hemos visto es la causa mas frecuente de las hemorroides, se aumenta ordinariamente por estas; lo que se concibe muy bien, puesto que por una parte la defecacion es dolorosa, y por otra obstruyen mas ó menos el instestino tumores voluminosos.

En fin, cuando los flujos de sangre son abundantes y frecuentemente repetidos, se ven aparecer los signos de la *anemia*, con los trastornos nerviosos y funcionales que la caracterizan, y que no se diferencian de los que se han descrito al tratar de la anemia que sobreviene lentamente á consecuencia de las hemorragias (1).

Formas particulares. Muy pocas palabras tengo que decir acerca de las formas de las hemorroides. En efecto, ya hemos visto, por lo que hemos dicho de las divisiones que se han propuesto, que esta no es una cuestion tan importante como han creido muchos autores. Las principales son las que hemos indicado ya por algunos de sus síntomas: tales son las hemorroides *fluentes y secas*, las hemorroides *blancas* y las *internas* y *esternas*. Hay, repito, tantas variaciones en el mismo individuo, que casi nunca es posible incluir esclusivamente los di-

(1) Véase art. *Anemia*, t. II; *Epistaxis*, t. I, etc.

versos casos bajo una de estas denominaciones. Dentro de poco diré cuando trate del curso de la enfermedad, algunas palabras acerca de las hemorroides *regulares* é *irregulares*.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.

El *curso* de las hemorroides es por decirlo asi intermitente. Sin embargo, si como se ha supuesto, se hace una distincion entre el flujo hemorroidal y los tumores, se debe hacer una escepcion en favor de estos. Cuando son antiguos, voluminosos y sobre todo estan ulcerados dan lugar á algunos síntomas, tales como sensacion de peso en el ano, dificultad de defecar, flujo blanco, etc.; pero entonces sobrevienen con diversos intervalos, una serie de accidentes que constituyen los *ataques*. Estos ataques estan formados por la reunion de los síntomas anteriormente descritos, y de los cuales los principales son la fluxion hemorroidal, el desarrollo de los tumores y el flujo sanguíneo. Antes y despues de su invasion, se hallan los enfermos en un estado de salud soportable, ya que no sea perfecta, y despues de ellos se calman los síntomas locales ó se disipan completamente. En algunos sugetos tienen estos ataques una periodicidad notable é imitan asi los períodos menstruales. Ya hemos visto mas arriba que estas hemorroides *periódicas y regulares* podian reemplazar á los menstruos; pero examinando los hechos no se tarda en comprender que ha habido mucha exageracion en lo que se ha dicho tocante á este punto. Por el contrario, las mas veces son los ataques *irregulares*, y se concibe que el régimen higiénico que guarden los enfermos puede hacer variar considerablemente la época de su aparicion.

Es preciso distinguir la *duracion* de estos ataques de la *duracion* de las hemorroides. En efecto, se ve que en cierto número de casos se curan estas despues de uno ó muchos ataques, y no es posible, bajo este punto de vista, determinar con alguna precision la duracion de la afeccion. Por el contrario, muchas veces persisten toda la vida, siendo ya muy violentos, ya mas ligeros. En estos casos es cuando el dolor y la pérdida abundante de sangre inspiran las mas veces inquietudes á los enfermos,

hacen penosas sus funciones y producen la hipocondría. La duracion de los ataques varía de cuatro ó cinco dias á una ó mas semanas.

Muy poco tenemos tambien que decir respecto á la *terminacion*. Ya hemos visto anteriormente que es muy raro que el flujo hemorroidal sea bastante abundante para comprometer la vida del enfermo. En algunas ocasiones, aunque muy rara vez, la muerte es ocasionada por la gangrena ó por la flebitis supurativa. Por lo regular se obtiene la curacion cuando las hemorroides son debidas á una causa que desaparece por sí misma ó que se puede fácilmente destruir, como la preñez ó un estreñimiento algo tenaz.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Ya he dicho al principio que las investigaciones modernas eran las que principalmente habian ilustrado la anatomía patológica de las hemorroides. Sin embargo, no por eso se ha de creer que este punto haya sido descuidado antes de estos últimos tiempos, porque muchos autores, entre los que se debia contar especialmente á Stahl, Alberti, Morgagni y Lassus, han fijado su atencion sobre esta materia, y deducido que las hemorroides son verdaderas varices de las venas hemorroidales. Sin entrar sobre este punto en una discusion que nos llevaría mas allá de los límites que nos hemos propuesto, diremos que en la actualidad, á consecuencia de las disecciones de Blandin y de Jobert, de Lamballe, se ha adoptado generalmente esta opinion, aunque con algunas restricciones hechas por algunos autores, las que espondré sucintamente.

No volveré á hablar acerca de lo que he dicho del número y volúmen de los tumores en la descripcion de los síntomas. En el interior del recto se los encuentra formando un rodete, á veces pediculados, y sembrados de dilataciones venosas aparentes. Esteriormente tienen el aspecto arriba indicado. Segun la observacion del doctor Brodie (1), es necesario hacer una in-

(1) *Lect. on hemorrh.* (*Lond. med. Gaz.*, 1835).

yeccion en las venas para que se manifiesten sus dilataciones, y por consiguiente la tumefaccion; pero ordinariamente es fácil reconocer los tumores despues de la muerte. Algunas veces estan formadas de venas dilatadas en todos los puntos de su circunferencia, y semejantes á las varices de los miembros inferiores, se presentan en otros casos bajo la forma de ampollas, ó de celdillas que comunican con las venas, ó mas bien como ha reconocido Jobert, no son otra cosa que puntos dilatados de estas venas, puesto que en todos los casos este autor ha podido distinguir las paredes del vaso. Pero como á consecuencia de la inflamacion que puede haber en el tumor sobreviene frecuentemente una flebitis adhesiva, de aqui resulta que esta disposicion es á veces dificil de percibir, porque se halla el vaso obliterado antes de llegar al tumor. Además de esto, la hipertrofia y el endurecimiento de las paredes venosas y de la mucosa, la adherencia de esta, la infiltracion del tegido submucoso, su induracion, la estravasacion de la sangre en el tejido celular circundante, su coleccion en un foco enquistado, son otras tantas lesiones que hacen dificil la diseccion. Por lo demás es fácil comprender cuál es el orígen de estas lesiones. En su interior se encuentran, sobre todo cuando han sucumbido los enfermos durante un ataque ó poco tiempo despues, pequeñas cavidades llenas de sangre negra ó líquida, ya de coágulos mas ó menos consistentes y mas ó menos descoloridos.

Sucede con bastante frecuencia que se ven serpentear muchos vasos venosos en los tumores hemorroidales; esto es, segun advierte Berard (1), lo que ha hecho creer á algunos autores y en particular á Laennec y á Beclard, que pueden estar formadas las hemorroides por un tejido verdaderamente eréctil. La semejanza es todavía mayor, como ha notado tambien el autor que acabo de citar, cuando existe al mismo tiempo una estravasacion sanguínea en el tejido celular. Algunas veces en los casos de hemorroides antiguas, es tan considerable el entrelazamiento de las venas dilatadas que envuelve completamente la parte inferior del recto.

De estos hechos concluyó Berard que es preciso admitir tres formas de hemorroides: la primera es la forma *varicosa;*

(1) *Dict. de méd.*; art. HEMORRHOIDES.

la segunda es la *erectil*, lo cual no quiere decir que los tumores esten formados de un tejido enteramente semejante al que se ha designado con este nombre; en fin, en la tercera forma los tumores son duros, no contienen sangre, y se designan con el nombre de *mariscas*. Este último estado de los tumores se debe atribuir á la inflamacion adhesiva de que hemos hablado mas arriba, la que por no haber sido convenientemente estudiada, ha dado con frecuencia lugar á errores del diagnóstico.

Si añadimos que en las hemorroides antiguas se puede encontrar un engrosamiento de la mucosa rectal, que se prolonga mas allá de los límites de los tumores; vestigios de grietas, de úlceras ó de abscesos, y cicatrices que resultan de la rotura de los sacos varicosos, se tendrá todo lo que importa saber acerca del estado del recto en las hemorroides.

Los demás órganos nada ofrecen las mas veces de particular, á no ser las lesiones propias de la enfermedad que ha causado la muerte, y que por lo comun ninguna relacion tienen con las hemorroides. Las afecciones orgánicas del hígado, los tumores abdominales que dificultan la circulacion venosa y que se hallan algunas veces, tienen una relacion directa con la enfermedad. En fin, si ha sido el estreñimiento muy pertinaz, puede haber habido una dilatacion del recto por encima del punto ocupado por las hemorroides.

Bien se ve que no he hablado de las degeneraciones cancerosas, escirrosas, que se ha creido que se podian producir algunas veces en las hemorroides. Ciertamente no negaré que el cáncer no pueda afectar la parte del recto ocupado por los tumores; pero de ningun modo está demostrado que la existencia de estos tenga una verdadera influencia en la produccion del cáncer, y por consiguiente la cuestion pierde para nosotros la mayor parte de su interés.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* de las hemorroides no presenta en los mas de los casos una dificultad grave. Para establecerle con pre-

cision, es necesario tener en consideracion como se ha hecho generalmente y á pesar de las objecciones de que he hablado mas arriba, el flujo hemorroidal igualmente que los tumores.

Este flujo pudiera confundirse con una *hemorragia de una porcion mas alta del intestino*, y si todavía no hay mas que una simple congestion rectal, sin dilatacion venosa bien aparente y sin tumor apreciable, este diagnóstico merece cierta atencion. La tension de la parte inferior, la tumefaccion del ano, las circunstancias en que se produce la hemorragia, es decir, despues de un estreñimiento mas ó menos largo; la falta de todo tumor en el abdomen y de los signos del cáncer, de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc., podran servir al médico de guia. Si existen los tumores característicos, entonces no hay ninguna dificultad, y no se puede confundir las hemorroides con la *enterorragia* de que hemos tratado ya. En cuanto al color negro de la sangre espelida en esta última afeccion, no es como ha hecho observar Raige Delorme, un signo suficiente para poder decidir la cuestion.

«Cuando la sangre procede de una *úlcera del recto*, es, dice Recamier, mas ó menos saniosa y está mezclada con pus, y el dedo introducido en el ano sale cubierto de sanies fétida.» Por mi parte debo añadir que se puede reconocer asi por el tacto la superficie por lo comun desigual de la úlcera cancerosa.

Cuando existen tumores, son voluminosos y se hallan hinchados, no se puede tener la menor duda. Sin embargo, si estos tumores son invadidos por una inflamacion bastante viva, se puede dudar si no hay mas que *una inflamacion del tejido celular de la margen del ano*. Pero esta no ocupa todo el contorno del intestino, y se manifiesta por un punto doloroso é indurado entre el recto y la tuberosidad del isquion; la congestion característica no ha existido, y en fin, para hacer mas fácil la distincion, basta decir que esta inflamacion no ataca mas que á los tumores que llevan mucho tiempo de existencia, y despues de muchos ataques de hemorroides.

¿Se pueden confundir los *pólipos del recto* con los tumores hemorroidales? Asi lo han pensado algunos autores, y hé aqui los signos distintos que han dado como apropiados para evi-

tar los errores. Los pólipos son mas consistentes, se presentan en corto número y no ofrecen estas alternativas de hinchazon y de arrugamiento que caracterizan á los tumores hemorroidales.

Cuando se hallan los tumores endurecidos y deshinchados, y sobre todo cuando dan un flujo blanco por una de las causas anteriormente indicadas, se los pudiera tomar por *vegetaciones sifilíticas*. Pero tambien en este caso el modo con que han aparecido estas vegetaciones, la falta de hemorragias precedentes, y en fin, ciertas particularidades de formas como la de cresta, coliflor, puerro, etc., no nos dejan permanecer largo tiempo en la incertidumbre.

En fin, no es dificil distinguir los tumores hemorroidales internos que forman un rodete del *cáncer del recto*. Además de la falta de los fenómenos de los ataques hemorroidales, la dureza del escirro y la ninguna separacion de los tumores, la profundidad á que penetra la enfermedad y que se puede apreciar fácilmente, y las úlceras, cuando se halla la afeccion avanzada, hacen reconocer fácilmente el cáncer.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos del flujo hemorroidal sin tumores apreciables y de la enterorragia propiamente dicha.*

FLUJO HEMORROIDAL.	ENTERORRAGIA.
Tension de la parte inferior del recto.	*No hay tension* de la parte inferior del recto.
Tumefaccion del ano.	*No hay tumefaccion* del ano.
Estreñimiento anterior.	Muchas veces no ha *precedido* el *estreñimiento*.
No hay tumor en el abdómen.	Hay *tumor* en el abdómen en los casos de cáncer.
No hay signos de cáncer ó de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc.	*Signos* de cáncer, de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc.

2.° *Signos distintivos de las hemorroides y de los tumores cancerosos del recto.*

HEMORROIDES.	TUMORES CANCEROSOS.
Son precedidas de la congestion hemorroidal.	*No estan precedidos* de la congestion hemorroidal.
Vuelven *varias veces* por ataques.	Se desarrollan *gradualmente.*
Son *menos duras* y estan separadas por *surcos.*	Son *duros,* abollados y *sin surcos* tan marcado.
No hay *sanies* cancerosa.	Hay *sanies cancerosa* en los casos de ulceracion.

3.° *Signos distintivos de las hemorroides y de las escrescencias del ano.*

HEMORROIDES.	ESCRESCENCIAS.
Son *redondeadas* y *amoratadas,* y estan separadas por *surcos.*	Tienen *diversas formas*: como puerros, coliflores; de color *blanco sucio ó rosado.*
Vuelven por *ataques* con *congestion* hemorroidal.	Se desarrollan *gradualmente sin congestion.*

Pronóstico. Casi siempre es poco grave el pronóstico de las hemorroides bajo el punto de vista de que esta afeccion casi nunca amenaza á la vida. Pero cuando son muy antiguas pueden presentar una serie de accidentes incómodos cuya descripcion he dado mas arriba. Antes de que se hayan hecho tan *constitucionales*, para servirme de la espresion admitida, se pueden curar; por consiguiente el pronóstico es tanto menos grave cuanto mas reciente es la enfermedad. Sin embargo, es preciso guardarse de mirar este pronóstico como exacto, ni aun de anunciar una curacion probable, por sola la razon de que las hemorroides son recientes; pues es necesario tomar tambien en consideracion las causas que han producido la enfermedad, informarse de si se puede atribuir á un estreñimiento accidental, que es el caso mas favorable, pero tambien el mas raro, y ser en todas las circunstancias muy circunspecto sobre el pronóstico; porque, ¿cuántas veces no se ve que persiste esta enfermedad á pesar de todos los medios que se han usado?

No es menester decir que la demasiada abundancia de la hemorragia es una circunstancia desfavorable; sin embargo, antes de asegurar nada es necesario considerar sus efectos, porque si esta abundancia no es escesiva, puede producir buenos resultados aun cuando sea considerable el flujo.

No tiene tantos peligros como se pudiera creer á primera vista la gangrena del rodete hemorroidal salido y comprimido por el ano. En efecto, hemos visto anteriormente que es solo parcial, y aun algunas veces sucede que despues de la caida de las partes gangrenadas, se suspende el flujo hemorroidal, y todos los demás síntomas locales desaparecen ó disminuyen notablemente, pero solo por espacio de cierto tiempo. Yo he visto en un caso durar mas de un año esta curacion aparente; mas al cabo de este tiempo se reprodujeron y se complicaron los tumores hemorroidales como antes, con la procidencia del recto. Cuando la gangrena invade el recto, el caso es muy grave, puesto que hemos visto que era una de las causas de la terminacion fatal.

La flebitis adhesiva es una complicacion mas bien favorable que perjudicial, porque si bien produce dolores mas ó menos vivos, es seguida de marchitamiento mas ó menos duradero de los tumores hemorroidales. No sucede lo mismo con la flébitis supurativa que ocasiona accidentes mortales, pero que por fortuna es muy rara.

Para terminar lo que se refiere al pronóstico, diré alguna cosa de la *supresion de las hemorroides*, aunque no sea cuestion que la corresponda sino indirectamente. Se ha considerado á esta supresion como muy grave en muchos casos, y sobre todo cuando se ha hecho constitucional el flujo hemorroidal. Seria necesario enumerar casi todas las enfermedades, para dar á conocer aquellas á que se ha atribuido la aparicion ó la supresion de este flujo. Sin duda se encuentran en los autores cierto número de casos en que habiéndose seguido la produccion de una enfermedad del cerebro, de los pulmones, etc., casi inmediatamente despues de la supresion de las hemorroides, se ha podido sospechar que esta era la causa del mal, y lo que lo prueba todavía mas es que se ha visto algunas veces desaparecer esta enfermedad en cuanto se ha reproducido el flujo suprimido. Pero estos casos son

mucho mas raros que lo que se piensa, y todos convienen en que se ha exagerado estraordinariamente la influencia de esta causa. Por consiguiente es preciso no apresurarse á hacer un pronóstico desfavorable cuando se ven suprimirse las hemorroides; pero no se debe dejar de vigilar las consecuencias.

En el dia nadie querrá adoptar la opinion de los médicos que con Alberti (1) consideran las hemorroides como una causa real de longevidad. Por lo demás, las consideraciones en que he entrado en el artículo *epistaxis* (t. I.), se aplican bajo este punto de vista á las hemorroides.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de las hemorroides es sin contradiccion uno de los mas ricos de la patologia; pero tampoco hay ninguno que se haya estudiado con menos rigor en la mayor parte de sus puntos. Es un conjunto confuso de una multitud de medios diversos, entre los cuales es menester buscar con trabajo los que tienen en su favor algunos resultados de la esperiencia. Para poner un poco de órden en este artículo, se debe dividir necesariamente el tratamiento en curativo de las hemorroides recientes ó antiguas, y en tratamiento de los síntomas y de los accidentes, ó sea tratamiento paliativo.

1.° *Tratamiento curativo de la afeccion. Hemorroides recientes.* Esta especie de hemorroides es, como hemos dicho anteriormente, la mas fácil de combatir. Con este objeto se han usado las *emisiones sanguíneas* por los médicos que tenian la intencion de hacer cesar la congestion. Sin embargo, rara vez se ha practicado la *sangría general,* aunque algunos prácticos la consideran como un poderoso medio de derivacion. Pero se usan mucho mas las *sanguijuelas* aplicadas en gran número al rededor del ano. El alivio que resulta las mas veces de su aplicacion, y la destumefacion de la parte inferior del recto, prueban que este medio no deja de ser eficaz. Generalmente se aplican las sanguijuelas en número

(1) *Diss. de hæmorrh. longæv. causâ.*

de veinte, veinticinco ó treinta, que se repiten cuantas veces parezca exigirlo el caso. No tengo necesidad de añadir que no se ha averiguado rigurosamente cuál es el grado de accion de este medio.

Purgantes. En seguida se prescriben los purgantes para hacer cesar el estreñimiento que precede casi siempre á la aparicion de las hemorroides. Es inútil indicar aqui detalladamente los purgantes que se usan, y basta decir que generalmente se emplean los mas suaves. Pero hay dos sustancias purgantes á las que se ha dado una virtud casi específica, que son los calomelanos y el tartrato de potasa.

Los *calomelanos* se usan principalmente en América é Inglaterra, y Montegre cita un caso de curacion por esta sustancia, de hemorroides con flujo enorme y tan dolorosas que hacian desmayarse al enfermo en las calles, aunque no tenia mas de diez y siete á diez y ocho años de edad. Montegre no parece dudar que en este caso han obrado los calomelanos realmente como alterantes; pero la observacion carece de los mas importante detalles. No se sabe si las hemorroides eran antiguas, si antes del tratamiento habia estreñimiento pertinaz, y si este habia cesado á consecuencia de la administracion de los calomelanos, además de que se habia puesto al enfermo durante diez y ocho meses á la dieta láctea, lo que á la verdad merecia tenerse en consideracion. He citado este hecho para manifestar la negligencia con que se ha hecho el exámen de estas cuestiones terapéuticas; pero me seria fácil referir otros muchos parecidos. Y en vista de lo que precede, ¡es de admirar que la terapéutica esté tan poco adelantada!

Por lo tanto no está probado que los calomelanos obren de otro modo que como purgante, y por lo regular se administran de la manera siguiente:

℞ Calomelanos preparados al vapor....	de 15 á 20 centígram.	(3 á 4 ℥)
Azúcar en polvo....	1 gram.	(20 ℥)

Se toman dos veces al dia.

Se repite esta dosis todos los dias, suspendiéndola si se nota que se ponen dolorosas las encías.

¿Obra de otro modo el *tartrato de potasa?* Por lo menos esto es tan dudoso como hemos dicho era el de los calomela-

nos. Entre los autores que han recomendado este medicamento, ninguno ha insistido mas en él que Hildebrandt (1), quien le prescribia del modo que sigue:

℞ Tartrato de potasa...............	4	gram. (ʒj)
Estracto de genciana...........	1,25	gram. (℈j)
Agua de melisa.................	90	gram. (℥iij)

Se toma por la mañana en ayunas, y por la noche antes de acostarse.

Si los tumores son muy grandes y muy dolorosos, se deberá prescribir esta dosis tres y aun cuatro veces al dia.

Si los enfermos estan predispuestos á la diarrea, se reducirá la dosis de la sal á 1,25 gramos (1 escrúpulo).

Hildebrandt dice que ignora el modo de obrar de este remedio, pero repito que todo induce á creer que obra como laxante. Por otra parte, es preciso añadir que este médico usaba al mismo tiempo el *agua fria*, de la cual voy á hablar.

Lo que hay de curioso en los purgantes es, como veremos mas adelante, que si estos medicamentos se han empleado para hacer desaparecer las hemorroides, tambien se usan para reproducirlas cuando se han suprimido; pero ya volveré á ocuparme de este punto.

Bebidas, lociones, semicupios y lavativas de agua fria. Se han usado todos estos medios, algunos aconsejados por los médicos y otros por los enfermos; pero los que principalmente han empleado estos últimos han sido las lociones y los baños de asiento frios con el objeto de combatir un flujo de sangre incómodo. Pero todos los médicos estan conformes en mirar estos medios como muy peligrosos. El agua fria en bebida no produce probablemente otro efecto que facilitar la defecacion cuando se toma en gran cantidad. Las *lavativas, las inyecciones y los chorros ascendentes de agua fria* han sido principalmente recomendados por Montegre, quien dice que hubiera podido citar numerosos ejemplos de curacion obtenida por este medio, lo cual es sensible que no lo haya hecho. Pero no es preciso que el agua esté muy fria; pues Montegre asegura haber visto algunos sugetos muy irritables en los que los primeros chorros de agua muy fria

(1) *Sur les hémorroïdes fermées*, trad. del aleman por Marc.; Paris, 1804, en 8.º

producian mayor tumefaccion del intestino. Cuando se conoce el curso de la enfermedad y la dificultad que hay al principio de la fluxion hemorroidal en impedir que llegue á cierto grado, se duda si el autor no fue engañado por simples apariencias.

Astringentes. Los astringentes obran de la misma manera que el agua fria; pero con mas eficacia. Sin embargo, se considera á estos medios como muy peligrosos, y no se aconsejan sino cuando el flujo hemorroidal parece ser *pasivo*. ¿Pero es fácil y aun posible reconocer que semejante flujo es realmente pasivo? Esto es lo que seria menester demostrar antes de proponer semejante medicacion.

El *agua blanca*, la *solucion de alumbre* á la dosis de 4 gramos (1 dracma) por 500 gramos (una libra) de agua, el *agua y vinagre*, etc., son los astringentes que principalmente se usan en lociones.

Tales son los medios que merecen mencionarse entre los que se han recomendado para curar completamente las hemorroides recientes. Sin duda no se esperará que yo refiera aqui las maravillas producidas por sustancias muy diversas, llevadas como *amuleto*. Unicamente manifestaré que no hay ninguna afeccion en que se hayan hecho curaciones tan milagrosas. El curso de la enfermedad es tan caprichoso en ciertos casos que basta para esplicar todos estos hechos tan sorprendentes á primera vista, y no hay duda que si alguno de los autores que nos han precedido hubiese estudiado con método los hechos sometidos á su observacion, se hubiera encontrado la clave de todas estas curaciones estraordinarias que se han referido en muchas obras con demasiada complacencia.

Hemorroides antiguas. Cuando son antiguas las hemorroides, los ataques se han repetido mucho, y los tumores conservan un gran volúmen en el intervalo de estos ataques, no se puede esperar obtener la curacion radical por los medios precedentes; mas si por un motivo cualquiera, se cree que el enfermo debe verse libre de su mal se recurre á las *operaciones quirúrgicas*.

La *estirpacion de las hemorroides* no se practica sino cuando siendo demasiado voluminoso el rodete impide la defecacion, cuando este rodete no puede contenerse en el recto, sale fuera

y arrastra irresistiblemente el intestino; en una palabra, cuando la afeccion se ha hecho enteramente insoportable. No describiré aqui las operaciones quirúrgicas que se practican en semejante caso, y únicamente me contentaré con indicarlas (1).

En primer lugar tenemos la *ligadura de los tumores*, ya recomendada por Hipócrates y Galeno, operacion generalmente abandonada en la actualidad por los médicos franceses á causa de su dificultad, del vivo dolor que produce y sobre todo de los accidentes mortales á que puede dar lugar. Sin embargo, muchos autores célebres, especialmente en Inglaterra, éstan lejos de reprobar así la ligadura, y sobre este punto el doctor Brodie (2) hace una importante distincion. En su concepto se debe practicar la incision cuando se trata de tumores hemorroidales esternos, pero es necesario recurrir á la ligadura en los tumores internos. En efecto, en estos, segun este autor, son mas de temer los accidentes indicados mas arriba, y además de que tampoco es de temer la hemorragia interna, accidente muy grave de que hablaré mas adelante. No me corresponde á mí decidir cuál de estas opiniones es la que debe adoptarse; asi pues, se consultarán los tratados de cirujía sobre este asunto, asi como los diversos procedimientos usados en las ligaduras de estos tumores.

Se ha recurrido tambien al *cauterio actual*, y este medio ha tenido las mas veces el mejor éxito, segun refieren los autores; pero ninguno ha presentado pruebas mas convincentes que F. Boyer (3). Efectivamente, ha citado hechos muy notables de curacion de hemorroides antiguas, obtenidas en sugetos muy debilitados por la cauterizacion ó por el hierro candente. Este es, pues un medio que será muy útil al práctico, y que como lo prueban las observaciones de F. Boyer no ofrecen verdadero

(1) Tal vez sorprenderá ver que paso en silencio la descripcion de estas operaciones despues de haber espuesto detalladamente otros procedimientos quirúrgicos, especialmente en la historia de la epistaxis y del crup; pero reflexionándolo, se comprenderán bien pronto las razones que me inducen á obrar así. He descrito las operaciones quirúrgicas solo cuando pueden ser tan urgentes que el médico deba hallarse en estado de practicarlas tan bien como un cirujano, que es lo que se verifica con el taponamiento en la epistaxis, y con la traqueotomía en el crup; pero la estirpacion de la hemorroides es una operacion que se puede preveer y preparar de antemano.

(2) *Lond. med. Gaz.*, lug. cit.

(3) *Bull. gén. de thér.*, 1848.



chorro de agua fria dirigido con una geringa sobre el tumor, se lleva lo supérfluo del cáustico y amortigua la sensacion de quemadura.

»Amusat ha aplicado ya tres veces este procedimiento y cada vez ha coronado un completo y rápido resultado esta feliz tentativa. En uno de estos casos se trataba de cuatro tumores hemorroidales voluminosos, que databan de muchos años y que habian aniquilado á un enfermo de organizacion muy fuerte. Estos tumores fueron destruidos en dos veces, sin que sobreviniese ningun accidente. Por medio de este instrumento se puede esperar con Amusat, que la cauterizacion de los tumores hemorroidales sea en lo futuro de una aplicacion tan segura como fácil.»

Se ha propuesto siguiendo á Galeno reunir la *ligadura á la escision*, es decir, ligar primero los tumores y hacer despues su escision. Pero esta práctica, que no tendria otra ventaja que la de oponerse á la hemorragia, está abandonada porque hay medios mas eficaces de evitar este accidente.

La *escision* es la única que actualmente se usa, y se encuentra en todos los tratados de patologia la manera de practicarla. Pero aqui se presenta una cuestion que no debo pasar en silencio. ¿Se deberán quitar todos los tumores, ó dejar uno como queria Hipócrates, cuya opinion ha sido despues adoptada por la mayor parte de los médicos? Montegre reprueba esta práctica, en razon á que no es ordinariamente de los tumores, sino de la membrana mucosa de donde fluye la sangre. Pero como hemos visto mas arriba, esta es una cuestion que no se puede resolver asi. En efecto, las investigaciones modernas han probado que se efectúa el flujo hemorroidal por la rotura de los tumores ó á lo menos por su superficie. Sin embargo no se vacila en estirpar todos los tumores, porque se puede en seguida remediar por la aplicacion de sanguijuelas, la supresion del flujo. Las mismas razones habian inducido á algunos cirujanos á estirpar los tumores unos despues de otros; pero acabamos de ver que no son de mucho valor.

Hemorragia consecutiva. El accidente mas grave que puede resultar de la escision es la hemorragia, principalmente cuando se trata de hemorroides internas. Esta hemorragia puede producir un flujo de sangre al esterior; pero al mismo tiempo este

liquido se acumula en el interior del recto de suerte que hay á la vez hemorragia interna y esterna. Tampoco es raro ver que existe solo la hemorragia interna.

El enfermo es el primero que nota la salida de sangre en el recto, cuando siente un calor suave en el bajo vientre, seguido bien pronto de la distension de aquel órgano. Sin embargo, estos fenómenos por lo regular no alarman, y no se piensa en la hemorragia sino cuando sobrevienen horripilaciones, frio en las estremidades, palidez de la cara, sudores, y en una palabra, los síntomas generales de la hemorragia interna, que hemos tenido muchas veces ocasion de señalar. No puedo hacer otra cosa mejor, para indicar los medios apropiados para remediar á este accidente, que trasladar aqui el pasage que Berard (1) les ha dedicado.

Tratamiento de la hemorragia consecutiva. «Se encarga al enfermo que haga esfuerzos para defecar, con el objeto de evacuar los coágulos; se ponen lavativas frias, hechas astringentes añadiendo alumbre en solucion, cocimiento de corteza de roble, y nuez de agallas. Al mismo tiempo se administra interiormente los astringentes usados en casos análogos. Tambien se pueden aplicar sobre el punto que da sangre y que puede haber salido fuera por los esfuerzos de la defecacion, una solucion de alumbre y de sulfato de hierro ó de cobre, que se aplica bien con un pincel, bien con pelotas de hilas; pero cuando estos medios no bastan, es menester recurrir sin dilacion á la cauterizacion ó al taponamiento.

»Se ha aconsejado emplear la cauterizacion inmediatamente despues de la escision, con el fin de evitar la hemorragia. Pero como esta práctica no carece de inconvenientes graves, es mejor esperar á que sea necesaria, teniendo sin embargo cuidado de seguir con solicitud los fenómenos que siguen á la operacion, y de preparar de antemano todo lo que pueda ser necesario para hacer la cauterizacion con la mayor prontitud, en cuanto se manifiesten los primeros síntomas de la hemorragia. La cauterizacion se practica con un hierro candente introducido por medio de un espéculo.

»*Taponamiento.* Cuando se opera con bastante prontitud,

(1) *Dict. de méd.*, t. XV, art. Hemorrhoides.

es raro que el taponamiento convenientemente practicado no sea suficiente para contener la hemorragia. J. L. Petit taponaba por medio de un grueso lechino de hilas atado por dos hilos cruzados cuyos cabos salian por el ano. Se introducia este lechino lo mas arriba posible en el recto, y entre los cuatro cabos ponia á la parte de afuera del ano otro lechino voluminoso y resistente sobre el cual los ataba, de suerte que las partes que daban sangre, se encontraban comprimidas entre el tapon interior atraido hácia abajo, y el esterior hácia arriba. Por último se completaba el aparato con gruesas compresas y un vendaje de T. Boyer se ha servido con buen resultado de un pedazo cuadrado de lienzo, cuya porcion media introducia en el intestino; despues amontonaba en el centro de la bolsa que de esta manera se formaba, una cantidad suficiente de hilas; y tirando hácia sí los cabos de la compresa, atraia su fondo, igualmente que la masa que le llenaba contra el ano, de modo que comprimia con fuerza las partes interesadas en la operacion. Dupuytren ha usado con igual ventaja una vejiga introducida en el recto y llena de la misma materia.

»Considerando Begin (1) que estos procedimientos presentan el grave inconveniente de retener en el intestino los gases y las materias estercorales, aconseja servirse de una cánula de plata ó de goma elástica de seis á ocho pulgadas de larga, abierta en sus dos estremidades, y cubierta de una camisa de lienzo semejante á la de que se servia Dupuytren contra las hemorragias profundas y á oleadas que se siguen á la cistotomía lateralizada. Por medio de este instrumento, dice, se puede taponar el recto con tanta fuerza como exactitud, al mismo tiempo que las emisiones gaseosas conservan su libertad, y aun se pueden hacer en el intestino las inyecciones necesarias para calmar su irritacion ó arrastrar las materias que le llenan.»

Dupuytren (2) ha propuesto para evitar la hemorragia que sigue á la incision, no estirparlas por su base, sino cortar la porcion que sobresale fuera. Operando asi, dice, se deja en la apariencia una masa bastante considerable en la margen del ano que podria hacer creer que no se ha quitado suficiente

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. HEMORRHOIDES.
(2) *Lecons orales*, t. I, p. 548.

cantidad del rodete; pero con la cicatrizacion todo entra en órden, y vuelve la abertura á ser normal, porque no hay que temer, como en la estirpacion completa, una estrechez consecutiva del ano.

En fin, para evitar el accidente que acabo de indicar, Jobert (1) y Velpeau (2) han propuesto procedimientos particulares. El del primero es como sigue: «Despues, dice, de haber por la administracion de una lavativa, ó induciendo al enfermo á hacer esfuerzos de defecacion, provocado la salida de los tumores hemorroidales, los cojo con pinzas erinas de manera que se pueda mantenerlos fuera todo el tiempo necesario para la operacion; entonces con un bisturí convexo, conducido como disecando de dentro á fuera, los divido lentamente, y á medida que un vaso da sangre hago su ligadura por medio de un hilo sencillo; mas para evitar la hemorragia consecutiva es necesario no solo ligar las arterias, sino tambien las venas de algun grosor. Si despues de cierto tiempo, y habiendo cesado la crispatura ocasionada por el dolor, y recobrado el corazon su fuerza de impulsion, limpiada la herida con una esponja no da ya sangre, entonces se la puede abandonar á sí misma sin temor, y es imposible una hemorragia consecutiva.»

Procedimiento de Velpeau. «Esperando, dice Velpeau, evitar mejor la hemorragia, la inflamacion y la infeccion purulenta, he ideado reunir por primera intencion las heridas que resultan de la escision de los tumores ó de los rodetes hemorroidales. Para esto fijo al esterior por medio de una erina, cada uno de los tumores que se han de escindir, y atravieso su raiz con suficiente número de hilos. Cortando inmediatamente los tejidos por delante de estos hilos con el bisturí ó buenas tijeras, no tengo mas que hacer que cojerlos y atarlos y completar asi otros tantos puntos de sutura simple. Las mechas y el taponamiento son entonces inútiles, y la curacion se completa las mas veces del décimo á décimo quinto dia.»

El doctor J. Burne ha señalado otro accidente que resulta de la escision, y que en algunos casos es muy grave, cual es la *cicatrizacion incompleta*, de la que resultan, sobre todo durante los

(1) *Gaz. méd de Paris*, 1840.
(2) *Nouv. élém. de méd. opératoire*; Paris, 1839, t. III, p. 795.

esfuerzos que se hacen para defecar, dolores muy violentos, que como ha observado este autor, pueden hacer insoportable la existencia. Para oponerse á esta fatal consecuencia es preciso tener cuidado en los dias que siguen á la operacion, de mantener el vientre libre, de impedir por medio de lavativas el contacto irritante de las materias fecales, y de favorecer la cicatrizacíon con pomadas astringentes.

Tambien es necesario hacer mencion, de la *estrechez del recto*, como una consecuencia posible de la escision, de la que han hablado particularmente J. L. Petit y Boyer. Este último ha logrado hacerla desaparecer practicando muchas incisiones al rededor del ano y dilatando su abertura por medio de mechas.

Asi mismo se ha propuesto la simple *incision* de las hemorroides, igualmente que la *rescision;* pero estos medios no han sido generalmente adoptados. P. Berard ha aplicado al tratamiento de las hemorroides una operacion puesta ya en práctica por Dupuytren contra la procidencia del recto: tal es la *escision de los pliegues radiados del ano*, lo que hizo en muchos casos, dice, con buen éxito. Laugier (1) ha seguido este procedimiento en un caso de hemorroides con procidencia del recto, y seis meses despues el enfermo se hallaba completamente curado, aunque al entrar en el hospital Beanjon era enorme el rodete hemorroidal. Berard esplica la desaparicion de los tumores de la manera siguiente: «Se puede, dice, esplicar este hecho, pensando que llegando la inflamacion traumática que sigue á la escision de los pliegues del ano, á propagarse al tejido celular que forra, por decirlo asi, la membrana sujeta á invertirse, este tejido, como sucede casi constantemente por el trabajo inflamatorio, pierde su laxitud y su flexibilidad, y mantiene pegada á las paredes del recto la membrana que él forra. Este mismo efecto se estiende á los tumores hemorroidales, que hallándose retenidos en el interior del recto, no son ya arrastrados afuera en la procidencia de este intestino.»

Cualquiera que sea el procedimiento que se ponga en práctica, es necesario en seguida, para asegurar la solidez de la curacion, recurrir á diferentes medios que consisten en el uso

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1840.

local de los remedios astringentes y en el de ligeros laxantes, al mismo tiempo que se insiste en un régimen severo, y que se evita la estrechez del ano por la introduccion de *mechas*. El doctor Smith (1) ha elogiado la pomada siguiente como muy útil en semejante caso.

℞ Manteca de puerco...............		30 gram. (℥j)
Nuez de agallas en polvo muy fino.......................	ãã	4 gram. (ʒj)
Opio en polvo...............		
Ungüento mercurial.............		8 gram. (ʒij)

Con esta pomada se hacen por mañana y noche fricciones en el ano, y se introduce una corta cantidad de ella en el recto.

No tengo precision de añadir que á pesar de todas las precauciones precedentes, es necesario tener cuidado de que la supresion del flujo hemorroidal no produzca accidentes, porque es una precaucion comun á todos los tratamientos curativos. Ya veremos qué precauciones se han de tomar cuando se trate de la supresion de las hemorroides. No he creido debia hablar de la *compresion*, porque en el dia se halla generalmente abandonada.

2.° *Tratamiento paliativo.* Los numerosos accidentes que han ocasionado las hemorroides exigen ordinariamente tratarse cada uno en particular.

Tratamiento del dolor. El primero de todos es el *dolor*, y contra él se han empleado muchísimas preparaciones diversas, de las cuales las principales consisten en pomadas, en las que se incorpora medicamentos *narcóticos* á dosis considerables. Para este fin se puedieran poner en uso las siguientes:

℞ Extracto de opio.................	4 gram. (ʒj)
Manteca de puerco..............	30 gram. (℥j)

Mézclese exactamente. Se hacen fricciones sobre el ano muchas veces al dia, introduciendo un poco de esta pomada en el recto.

La misma cantidad de estracto de beleño y de belladona, forma la base de otras pomadas.

Tambien se ha recomendado el *ungüento populeon* con opio

(1) *Nort. Amer. Arch.*; Baltimore, abril de 1833.

ó sin él, los supositorios de *manteca de cacao*, ó los supositorios calmantes, como por ejemplo el siguiente:

℞ Opio..................... 10 centigram. (2 ℈)
Jabon..................... 40 centigram. (8 ℈)

H. S. A. un pequeño supositorio que se introduce en el recto.

Tambien citaré el *linimento sedante de Buchan* que se compone de lo siguiente:

℞ Ungüento populeon............. 60 gram. (℥ij)
Láudano líquido................. 16 gram. (℥ß)
Yemas de huevos frescos........ N.° 2.

Se empapan lechinos en este linimento, y se aplican sobre las hemorroides dolorosas.

Pero es necesario no olvidar que el dolor, qué es con frecuencia escesivo en las hemorroides, es producido ya por la simple distension y por el aflujo de sangre, ya por una verdadera inflamacion. Asi es que se ve muchas veces que los diferentes medios no producen efecto alguno. Cuando no hay una verdadera inflamacion, y los síntomas son únicamente el resultado de la congestion, se los remedia por la aplicacion de *sanguijuelas*, la *puncion* ó la *incision de los tumores*, y la aplicacion de *emolientes* auxiliados de *minorativos* suaves y de una dieta bastante rigurosa. Las sanguijuelas deben aplicarse en bastante número para producir una notable deplecion, poniendo veinte ó veinticinco, repitiéndolas varias veces si el caso lo exigiese. Algunos médicos han propuesto aplicar estas sanguijuelas sobre los mismos tumores hemorroidales; pero como hace notar especialmente B. Brodie, esta aplicacion es muy dolorosa, y puede resultar de ella una inflamacion bastante viva: por lo cual la mayor parte de los médicos aplican las sanguijuelas al rededor de los tumores hemorroidales.

Una *incision* poco estensa hecha en los tumores con la punta de una lanceta, produce una evacuacion sanguínea cuyos resultados son hacer cesar la tumefaccion y por consiguiente el dolor. Se deben hacer estas pequeñas incisiones sobre los puntos prominentes y como semitrasparentes, porque la sangre se halla en ellos acumulada en las celdillas de que hemos hablado mas arriba. Brodie propone reemplazar esta incision por *picaduras* hechas con una aguja de modo que penetren en el tumor ó le traspasen. No es raro ver que despues de esta picadura salta

la sangre con cierta fuerza. Tambien es menester añadir á este tratamiento las cataplasmas emolientes laudanizadas; pero es preciso sobre todo no olvidar la *posicion* del enfermo. En efecto, este debe estar echado con las nalgas un poco elevadas, de modo que la sangre no fluya hácia el recto.

Hay otro medio usado contra el dolor y que he querido indicar por separado, porque presenta algo de particular, que es la pomada propuesta por el doctor Burne, que se compone del modo siguiente:

℞	Polvo de heléboro negro..........	4 gram. (ʒj)
	Manteca de puerco...............	30 gram. (℥j)

Se hacen fricciones sobre los tumores por mañana y noche.

Lo que hay de particular en el uso de esta pomada es que al pronto produce gran aumento del dolor; pero como ha observado Burne, esta exasperacion es momentánea, y al cabo de media hora ha desaparecido ó disminuido considerablemente.

Tratamiento de la inflamacion. Cuando el tumor es debido á una *inflamacion*, esta es la que hay que combatir, y por consiguiente se deduce naturalmente el tratamiento que debe oponérsele. En semejante caso se emplearán, lo mismo que en los demas casos de inflamacion local, las sanguijuelas aplicadas como se ha hecho en el caso precedente, pero en mucho mayor número, la sangría general, los baños tibios, las aplicaciones emolientes, las cataplasmas laudanizadas, etc. Bajo este punto de vista las hemorroides nada ofrecen de particular.

Hay algunos medicamentos que se aplican siempre que el dolor es vivo, y frecuentemente sin informarse de la causa de este dolor, y entre ellos citaré especialmente la *pasta de Ward*, en la que el doctor Brodie tiene la mayor confianza. Esta pasta se compone de la manera que sigue:

℞	Pimienta negra............ Raiz de énula campana....	āā 500 gram. (℔j)
	Simiente de hinojo............	1500 gram. (℔iij)
	Miel..................... Azúcar blanca............	āā 1000 gram. (℔ij)

Se toma una porcion como del grueso de una avellana, tres ó cuatro veces al dia.

Habiendo Ev. Home administrado esta pasta á uno de sus enfermos, este en lugar de tomarla por la boca introdujo bastante cantidad de ella en el recto, y esta práctica fue seguida de tan buen resultado, que este médico continuó usándola de esta manera.

Con el mismo objeto se han administado la *pimienta cubeba* y el *bálsamo de copaiba*. Se da la primera á la dosis de 1,25 gramos (1 escrúpulo) dos ó tres veces al dia, y el segundo recomendado por el doctor Brodie, se une de la manera siguiente al *licor de potasa* (mezcla de 360 gramos (doce onzas) de subcarbonato de potasa, y de 180 gramos (seis onzas) de cal viva, sobre las cuales se echa 4 litros (8 cuartillos) de agua destilada hirbiendo).

℞	Bálsamo de copaiba............	2 gram. (ʒß)
	Licor de potasa................	15 gotas.
	Mucílago de goma tragacanto....	4 gram. (ʒj)
	Agua de canela.................	30 gram. (℥j)

Se toma en tres dosis al dia.

No multiplicaré estas citas, y únicamente haré notar que estas diversas preparaciones tienen propiedades escitantes marcadas, y que todo induce á creer que se haria muy mal en ponerla en uso en los casos en que hubiera una inflamacion de cierta intensidad. Sin embargo, la pasta de Ward goza de tal reputacion en Inglaterra, que como he dicho mas arriba se la prescribe en todos los casos sin distincion.

Tratamiento del flujo hemorroidal. Cuando este flujo no pasa de ciertos límites, se le debe respetar. Ya hemos visto, por las observaciones citadas mas arriba, que cuando es demasiado abundante, no es menester apresurarse á detenerle, pues aunque evidentemente se ha exagerado la cantidad de sangre que los enfermos han podido perder sin ser incomodados, es cierto que no es posible designar de antemano los límites en que puede efectuarse esta pérdida de sangre sin ser perjudicial; el médico se halla en disposicion de juzgarlo fácilmente en vista del estado del enfermo. Si conserva sus fuerzas, si no palidece, si el pulso no está deprimido, etc., no se debe apresurar á contener la hemorragia; pero si sucede lo contrario, seria menester emplear medios apropiados para moderar el flujo hemorroidal ó suprimirle completamente. En el

primer caso la *quietud absoluta*, el *decúbito dorsal*, el tener la *pelvis bastante elevada*, la *dieta severa*, las bebidas *aciduladas* sobre todo con los *ácidos minerales* (véase *epistaxis*), y á baja temperatura, los *semicupios frescos*, las *inyecciones*, los *chorros ascendentes frios*, las lociones con el *agua blanca*, el *agua de Goulard*, etc., moderan prontamente el flujo demasiado abundante. El doctor J. Burne usa en semejante caso la siguiente mezcla:

℞	Aceite de trementina.............	2 gram. (3ß)
	Yema de huevo..................	N.° 1.
	Agua de harina de avena.........	1 cucharada.

Se toma esta dosis dos ó tres veces al dia.

En esta preparacion se puede reemplazar el aceite de trementina por el *bálsamo de copaiba*, pudiéndose ver por otra parte lo que he dicho mas arriba acerca de esta sustancia.

Por último, completan el tratamiento los diversos *medios antihemorrágicos*, tales como el estracto de *ratania* á la dosis de 4 á 6 gramos (de 1 á 1 $1/_2$ dracmas) en una pocion, el *centeno cornezuelo* en polvo á la dosis de 3 gramos (54 granos) al dia, tomado en tres veces ó bien en infusion, el *tanino*, etc.

Pero si la hemorragia fuese bastante abundante para comprometer la vida del enfermo, seria necesario emplear medios mas eficaces. En un caso semejante, Scultet (1) recurrió al *cauterio actual*, aplicado sobre los tumores, y obtuvo un resultado feliz. Tambien se pueden usar los demás *cáusticos*, pero es necesario recordar las reflexiones que he presentado mas arriba al hablar de estos medicamentos. Si á pesar de todos estos medios persistiese la hemorragia, no se deberia vacilar en hacer la *ablacion de los tumores* por medio de una de las operaciones anteriormente indicadas.

Aunque la hemorragia no lleva consigo los peligros que acabo de indicar, puede sin embargo, repitiéndose con frecuencia, conducir á los enfermos á un *estado anémico* bastante grave. En semejante caso, despues de haber moderado ó suprimido el flujo de sangre por los medios que se acaban de mencionar, es necesario emplear los que sean apropiados para combatir la anemia, los accidentes nerviosos y los trastornos digestivos

(1) *Arsenal de chirurgie*, p. 217.

que son su consecuencia. Pero como esta especie de anemia nada presenta de particular, remito al lector para su tratamiento á lo que he dicho en el artículo especial dedicado á esta afeccion (1).

Tratamiento de las grietas y de las úlceras. Otra complicacion de las hemorroides es como ya se ha visto, la produccion de grietas y de úlceras que causan un dolor mas ó menos vivo, que dan ordinariamente lugar á un flujo blanco por el ano, y que algunas veces determinan la hemorragia de que acabamos de hablar. Si existe una ó mas grietas se las debe tratar por los medios que ordinariamente se emplean contra esta afeccion. Sin embargo, debo decir que en semejante caso no hay mucha tendencia á recurrir á las diversas operaciones propuestas por los autores, sino que se emplean principalmente pomadas, como la de *estracto de belladona*, de *opio*, etc. Una preparacion que me ha sido muy útil y que se parece mucho á la que Dupuytren usaba con la grieta simple, es la siguiente:

℞	Carbonato de plomo..........	5 gram. (96 g̃)
	Manteca de puerco............	30 gram. (℥j)

Mézclese exactamente. Se unta la grieta dos ó tres veces al dia, sobre todo despues del acto de la defecacion.

Se podria emplear la misma pomada contra las úlceras superficiales de los vértices de los tumores; pero si estos dan una hemorragia demasiado abundante, como algunas veces se observa, es necesario como recomienda Berard, hacer con unas tijeras corvas sobre el plano la *escision* del vértice de los tumores ulcerados.

Tratamiento de la procidencia del recto. Cuando son antiguos los tumores, llevan tras de si, como hemos dicho, durante los esfuerzos de la defecacion, el intestino relajado y ocasionan la procidencia del recto. Los enfermos se contentan ordinariamente con introducir en él los tumores comprimiéndolos. Pero si son muy considerables los desórdenes, puede suceder que no se pueda contener en el recto el rodete hemorroidal y que se salga fuera al menor movimiento. Para obviar este inconveniente se han inventado diferentes *vendajes* que todos

(1) Véase *Anemia*, t. III.

tienen por pieza principal una pelota oval destinada á comprimir sobre el ano. No creo que sea menester insistir mas sobre este punto. Unicamente añadiré, ateniéndome á una observacion de Guyot (1), que la compresion contínua ejercida por uno de estos vendajes ha bastado en un caso para producir la curacion completa de hemorroides muy graves.

Tratamiento del rodete hemorroidal estrangulado y de la gangrena consecutiva. Como hemos visto, puede muy bien suceder que habiendo salido el rodete hemorroidal durante la defecacion, no pueda volver á entrar y se halle estrangulado. Si el médico es llamado pronto, se debe esperar poder hacer la reduccion y apresurarse á practicarla. Para esto se empieza por aplicar sobre el tumor compresas empapadas en *agua fria*, y cuando los tejidos parecen algo contraidos, se pondrá al enfermo sobre los codos y rodillas, y se hace sobre el tumor una *compresion* suave que se aumenta gradualmente. Las unturas de aceite ó de otros cuerpos grasos hechas en su superficie favorecen la introducion de los tumores.

«En el momento, dice Berard, en que atravesando el tumor el ano, tiende á remontar espontáneamente, el cirujano debe encargar al enfermo que retenga en lo posible todo esfuerzo de defecacion, para evitar la salida inmediata del rodete á consecuencia de estos esfuerzos que son en parte involuntarios, y para que la reduccion sea mas completa, el cirujano debe seguir con el dedo la masa dislocada á medida que vuelve á su sitio natural en el recto. Introducido el dedo en el recto, tan adentro como se pueda, se le deberá conservar en esta posicion hasta que haya cesado en parte la irritacion causada por la misma operacion, y que tambien haya disminuido el tumor por el efecto de esta compresion y de haber cesado la estrangulacion. Entonces se saca lentamente el dedo con precaucion, y se aplica rápidamente sobre el ano y el perineo una esponja fina empapada en agua fria y en una solucion de opio. Esta esponja se mantendrá en su sitio por el mismo enfermo, quien por este medio ejercerá una compresion sobre la region anal, hasta que no sienta ya reproducirse los esfuerzos que amenazan hacer volver á salir los tumores. Cuando despues de

(1) *Arch gén. de méd.*, 2ª série, 1836, t. XII, p. 487.

esta operacion se cree que se debe hacer mover el vientre, en lo que no debe tardarse mucho tiempo, el mejor medio es una lavativa de agua fria. El enfermo evitará todo esfuerzo, y si sobreviniese otra dislocacion de los tumores, deberá aquel hacer inmediatamente lociones frias sobre el tumor, echarse de espaldas y procurar hacer la reduccion.»

Hake (1) recomienda cuando se ha introducido el rodete hemorroidal, mantenerle en su sitio aproximando las nalgas por medio de *tiras aglutinantes,* precaucion que no es de despreciar.

Pero sucede con bastante frecuencia, ya que el médico sea llamado demasiado tarde, ó que el enfermo no quiera someterse á una maniobra muy dolorosa, que no se puede introducir el rodete. Entonces es cuando sobreviene la *gangrena* de la que hemos hablado mas arriba. En semejante caso es preciso vigilar atentamente el tumor, usar la sangría general mas ó menos repetida, abundantes sangrías locales por medio de sanguijuelas, y mantener siempre sobre el rodete estrangulado fomentos y cataplasmas emolientes. Por medio de este tratamiento se pueden aplanar los tumores, ponerse menos dolorosos y entrar. Todavía se consigue mas fácilmente este objeto practicando sobre ellos *escarificaciones* y *picaduras* con una aguja, de modo que se vacien en lo posible de la sangre que contienen. Si á pesar de todos estos medios se produjese la gangrena, seria necesario no apresurarse, como queria Ledran, á estirpar el rodete hemorroidal; en efecto, casi siempre sucede que la parte mas prominente de este rodete cae en gangrena bajo la forma de un detritus agrisado, pardusco ó verdoso, y que despues de haber hecho la escision de estas partes mortificadas, sin que sobrevenga ninguna hemorragia, se ve que se introducen los tumores, que á veces ni aun se reproducen mas. Sin embargo, si el curso de la gangrena hiciese temer que fuesen invadidas por ella las partes profundas, no se deberia vacilar en practicar la ablacion completa del rodete.

Tratamiento de la leucorrea anal. En cuanto á lo que se ha llamado hemorroides blancas y leucorrea anal, tengo muy poco que decir; porque si estas dependen de las úlceras de que he hablado mas arriba, se debe poner en uso el tratamiento apro-

(1) *Lond. méd. Gaz.*, 1848.

piado á estas, y si solo son debidas á una inflamacion crónica de la mucosa, se emplean en semejante caso, como todos saben, *ligeras cauterizaciones* con una solucion del nitrato de plata, *lociones con el agua aluminosa*, etc.

Medios diversos. Hasta el presente he indicado los principales medios apropiados para curar las hemorroides ó para combatir los síntomas que vienen á complicarla. Pudiera añadir otros muchos de los cuales algunos han gozado de gran reputacion; pero no estando fundada en hechos la eficacia de estos remedios, no habria ninguna ventaja en multiplicar las citas por lo cual me limitaré á indicar lo que sigue.

Bajo el nombre de *supositorio antihemorroidal* se ha designado la preparacion siguiente:

℞	Carbon de corcho................	āā 1 parte.
	Cera..........................	
	Manteca fresca.....................	2 partes.

¿Obra el carbon de corcho en semejante caso de un modo particular ó si produce algun efecto, cuál es su accion? No lo podemos decir.

El doctor Wardleworth asegura haber curado muchas hemorroides ó á lo menos haber hecho desaparecer completamente los principales accidentes por el uso de la *pez negra* á la siguiente dosis:

℞ Pez negra................ 70 centígram. (14 ℥)

Para 12 píldoras. Se toman dos cada noche, teniendo cuidado de mantener el vientre libre.

El doctor Demetri ha propuesto la pomada que sigue contra las hemorroides esternas.

℞	Flores de azufre................	4 gram. (ʒj)
	Goma arábiga.....................	12 gram. (ʒiij)
	Tridacio........................	2 gram. (ʒß)
	Hollin bien lavado................	30 gram. (℥j)

Se dan varias unturas al dia, lavándose poco despues con agua de malvabisco. Por estas fórmulas que acabo de citar, es fácil echar de ver cuán inútil seria insistir en estos pormenores.

Medios para llamar las hemorroides suprimidas. Esta es una cuestion muy importante que no se puede menos de tratar con detencion. Cuando despues de una supresion, ya espontánea, ya

provocada, los enfermos presentan algunos accidentes que se puedan atribuir á esta supresion del flujo hemorroidal, se procura restablecerle. No cabe duda, como ya se ha dicho, que se ha exagerado mucho la influencia de esta supresion, y sin razon alguna se le han atribuido la aparicion de muchas enfermedades, tales como el reumatismo, las afecciones de pecho, etc.; pero se concibe muy bien que en cierto número de casos la rápida cesacion de un flujo, al que se ha habituado la economía, dé lugar á trastornos considerables del organismo.

Para restablecer el flujo hemorroidal, se ha recurrido, como he dicho arriba, á los purgantes, y en particular al *acibar*. La fórmula empleada por Dupuytren es la mas sencilla, y por esto mismo voy á indicarla aqui:

℞ Manteca de puerco.............. 30 gram. (℥j)
Acíbar sucotrino................. 4 gram. (ʒj)

Se dan con esta pomada fricciones sobre la region anal, tres ó cuatro veces al dia.

Dupuytren ha usado con buen éxito esta pomada en muchos casos, principalmente en un sugeto afectado de oftalmia.

Pinel recomendaba el uso del acíbar sucotrino al interior, y hé aqui su fórmula, ligeramente modificada por Requin (1) en cuanto á la cantidad.

℞ Acíbar sucotrino............ } āā 1 gram. (20 g̃)
Polvo de regaliz............ }
Miel.......................... C. S.

Háganse 20 píldoras, que se toman de 5 á 10 por la noche, antes de acostarse.

Trousseau (2) ha citado muchos casos en los que ha logrado llamar los tumores hemorroidales, por medio del siguiente medicamento.

℞ Manteca de cacao ó sebo.. 4 gram. (ʒj)
Tártaro estibiado. .... 10 á 30 centígram. (2 á 6 g̃)

H. S. A. un supositorio que se introduce en el recto.

Los medios que acabo de indicar estan muy lejos de conseguir siempre el restablecer el flujo hemorroidal y los tumores. En semejante caso es necesario emplear otros para obviar los in-

(1) *Elém. de path. méd.*, t. I, p. 401.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*

convenientes de la supresion; asi pues, se prescribirán las *sanguijuelas aplicadas á los muslos*, *á los lomos y entre las escápulas*, *las ventosas escarificadas* en los mismos puntos, un *régimen severo*, el *ejercicio* diario al aire libre, y la *privacion de los líquidos alcohólicos*. Estos mismos medios son los que se han aconsejado en los casos en que por una operacion se han estirpado completamente las hemorroides.

Para terminar la esposicion de este tratamiento, que no he podido abreviar, porque las hemorroides son una de las afecciones que se presentan con mas frecuencia en la práctica, y que mas pueden embarazar al médico, diré que las precauciones higiénicas que se acaban de recomendar en los casos de supresion de flujo, deben tambien prescribirse á los sugetos que padecen de flujo hemorroidal periódico, el cual no se quiere suprimir. Creo pues, que seria inútil hacer prescripciones, porque la mayor parte de los casos requieren estudiarse en particular, y cuando el médico es llamado por un sugeto que padece hemorroides, es siempre por alguno de estos accidentes sobre cuyo tratamiento me he detenido bastante.

Breve resumen del tratamiento.

1.° *Tratamiento curativo. Hemorroides recientes.* Sangría general, sanguijuelas, purgantes, calomelanos, tartrato de potasa, bebidas, lociones, semicupios, lavativa de agua fria, astringentes. *Hemorroides antiguas.* Operaciones quirúrgicas, ligadura, cáusticos, cauterio actual, escision; tratamiento de la hemorragia consecutiva á la escision, taponamiento; incision, rescision; tratamiento despues de la operacion.

2.° *Tratamiento paliativo. Contra el dolor:* narcóticos, sangrías generales y locales, emolientes. *Contra la distension:* incision, picadura de los tumores. *Contra la inflamacion:* antiflogísticos, pasta de Ward, pimienta cubebas, bálsamo de copaiba. *Contra el flujo hemorroidal:* aceite de trementina, ratania, cornezuelo de centeno, tanino, cauterizacion y estirpacion de los tumores. *Contra la anemia:* medios apropiados para esta afeccion. *Contra las grietas y úlceras:* pomadas narcóticas, pomada de carbonato de plomo, escision del vértice de los tumores



ulcerados. *Contra la procidencia del recto:* compresion por vendages. *Contra la estrangulacion del recto:* reduccion, antiflogísticos, emolientes, escarificaciones, picaduras, ablacion de las partes gangrenadas y estirpacion del rodete. *Medios diversos:* carbon de corcho, pez negra, flores de azufre y hollin. *Contra la supresion:* acibar, supositorio estibiado, régimen y precauciones higiénicas.

ARTICULO XIX.

LOMBRICES INTESTINALES.

Desde la mas remota antigüedad han sido conocidas las lombrices intestinales, y en particular las ascárides lumbricoides, y se han publicado sobre los accidentes á que dan lugar una multitud de escritos de los cuales la mayor parte se distinguen por la exageracion de estos síntomas; porque casi todos los autores que se han ocupado de las enfermedades de la infancia han atribuido á las lombrices intestinales una gran influencia en la produccion de la mayor parte de las enfermedades. Brera (1), Rudolphi (2), Bremser (3) y Cruveilhier (4) son los médicos que han hecho progresar mas á la historia de estos animales parásitos. Rilliet y Barthez (5) le han dedicado un interesante artículo.

No presentaré generalidades acerca de las lombrices intestinales, porque á pesar del interés que pudieran ofrecer bajo ciertos aspectos, estan lejos de ser indispensables para la práctica médica, asi es que empezaré inmediatamente la historia de estas lombrices por la de las ascárides lumbricoides.

(1) *Traité des malad. verm.*, trad. de l' ital.; Paris, 1804, en 8.°

(2) *Entoz. sive vermum intestinalium hist.*; Amstelod., 1808.

(3) *Traité zool. et physiol. sur les vers intest. de l' homme*, augmenté de notes par D. de Blainville; Paris, 1837, un vol. en 8.° con un atlas.

(4) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ACEPHALOCYSTES, ENTOZOAIRES.

(5) *Traité des maladies des enfans*, t. III.

§. I.

ASCÁRIDES LUMBRICOIDES.

Se han descrito con el mayor cuidado las ascárides lumbricoides, asi como las demás lombrices. La particularidad mas interesante que presenta para el médico es seguramente su semejanza con la lombriz terrestre, que es lo que ha hecho darles su nombre; por lo tanto me contentaré con indicar rápidamente sus caracteres. Esta especie de ascáride es cilindroide, prolongada, por lo comun de 20 á 25 centímetros (100 á 125 líneas) de larga, y de 2 á 5 milímetros (1 á 2 ½ líneas) de diámetro, de color de rosa mas ó menos subido, lisa, reluciente y semitrasparente. Tiene sus dos estremidades adelgazadas, y principalmente la anterior. Su cabeza está marcada por una pequeña depresion circular sobre la cual hay tres pequeñas válvulas. El ano está cerca de la estremidad posterior. La abertura de los órganos genitales de la hembra se encuentra en la reunion de los tercios anteriores y del tercio posterior. El pene del macho está cerca del ano. Estos pormenores acerca de la forma esterior del cuerpo es suficiente para nosotros. Unicamente añadiré que el macho es mas pequeño y mas corto que la hembra (Brera).

Las ascárides lumbricoides se desarrollan esclusivamente en el intestino delgado; sin embargo, ya veremos mas adelante que se han encontrado en otras partes muy diversas; pero casi no se puede dudar que en semejante caso han abandonado las lombrices su sitio primitivo para irse mas ó menos lejos.

Causas. No trataré de examinar aqui la cuestion de saber cómo se producen las lombrices en el interior del conducto intestinal; por otra parte no puede tener gran ventaja para la práctica la resolucion de esta cuestion, cuya importancia estoy lejos de negar. Por consiguiente voy á limitarme á estudiar las causas, haciendo abstraccion de esta generacion que es todavía tan oscura.

Causas predisponentes. La *edad* tiene una influencia no dudosa en la produccion de estos entozoarios. Segun las investigaciones de Guersant (1) son muy frecuentes desde la edad de

(1) *Dict. de méd.*, t. XXI.

tres á diez años; pues este autor las ha hallado en una vigésima parte de los enfermos, siendo asi que antes de esta edad apenas se han encontrado una ó dos veces en muchos centenares de niños, y casi no hay ejemplar de haberlas observado en niños menores de seis meses, y por mi parte nunca las he visto en los recien nacidos. Tambien es sumamente raro hallarlas en los adultos.

Se ha dicho que el *sexo femenino* predisponia particularmente á esta afeccion, sin embargo de que esta opinion no está fundada en ningun dato exacto. En cuanto á la *constitucion*, se puede decir que las ascárides se manifiestan principalmente en los niños *linfáticos y escrofulosos*.

Respecto al *clima* no tenemos observaciones muy exactas; sin embargo, si se ha de creer á algunos autores, estas lombrices son muy comunes en Holanda y en Suiza; pero seria necesario que se hubiera tenido en consideracion el género de vida de sus habitantes, lo que ciertamente no se ha hecho.

En efecto, se ha atribuido á la *alimentacion* una influencia muy marcada en la produccion de las ascárides, y se ha acusado principalmente al *régimen vegetal* el darles fácilmente orígen. Sin embargo, los *lacticinios* y el régimen animal serian, segun muchos autores, una causa por lo menos tan eficaz.

Se ha incluido tambien entre estas causas el *habitar en un parage frio y húmedo*. En fin, se han citado afecciones verminosas que reinaban bajo la forma *epidémica*.

Todo lo que podemos decir despues de haber enumerado estas causas, es que aun queda mucho que hacer para precisar su influencia, y que las apreciaciones generales que nos han dado los autores requieren apoyarse en una rigurosa análisis de suficiente número de observaciones.

No se puede investigar las *causas ocasionales* mas que en la *introduccion de los gérmenes* con los alimentos y las bebidas; pero ya he indicado los motivos que me inducen á pasar en silencio esta clase de cuestiones.

Síntomas. Nada hay menos exacto que la descripcion de los síntomas producidos por las ascárides lumbricoides, porque no se ha distinguido bastante los que son constantes, ó á lo menos los que se presentan muchas veces, de los que son puramente escepcionales. De aqui resulta que los signos atribuidos á la

existencia de lombrices en el conducto digestivo son sumamente numerosos y variables. Para probar cuán poco positivos son los signos, basta decir, que en el concepto de los principales autores, y de Bremser en particular, no hay entre todos estos síntomas ni uno que indique de cierta manera la presencia de las ascárides en el conducto intestinal, y que solo su espulsion es la característica. Si presento el cuadro siguiente, es menos como una espresion exacta y rigurosa de hechos bien observados y analizados, que para dar á conocer el estado de la ciencia sobre este punto. Si fuese posible reunir un número suficiente de observaciones, hubiera intentado llenar esta laguna; pero los hechos que he encontrado esparcidos aqui y allí han sido referidos casi todos, porque presentaban alguna circunstancia estraordinaria, de suerte que no se obtendria analizándoles mas que resultados fundados en casos escepcionales.

En el conducto digestivo se han notado *dolores* particulares, *dolores cólicos* algunas veces agudos, *punzadas* al rededor del ombligo, y una sensacion dificil de definir y como la de un *cuerpo que se mueve*, que se *arrastra*, etc., en algunos casos particulares las punzadas se sienten muchísimo.

Tambien se ha notado cierta *sensibilidad del vientre á la presion*, *hinchazon* y *abultamiento del vientre* y una *diarrea* tan pronto serosa como ligeramente sanguinolenta. Pero los casos en que estos síntomas faltan no son raros, y además es preciso notar que no son contínuos, sino que se manifiestan con intervalos variables, y que se pueden atribuir á cualquiera otra cosa mas bien que á la presencia de las ascárides; además, ya veremos mas adelante que se han atribuido estos mismos fenómenos á las demás lombrices intestinales.

En el estómago se observa la *pérdida* mas ó menos grande del *apetito*, *eructos* frecuentes y algunas veces *vómitos viscosos*. Igualmente se ha observado en ciertos sugetos una *capa cenagosa en la lengua*, acidez, olor soso ó fétido del *aliento* y un aumento mas ó menos marcado de la *sed*. Otros autores han dicho que la saliva afluye en abundancia á la boca, y el doctor Romans (1) ha creido encontrar un carácter patognomónico en el

(1) *Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, 1810, t. XXII.

estado de la lengua. Este órgano presenta, segun él, pequeños puntos tuberculosos, rojos, prominentes y aislados que se observan principalmente en sus bordes; pero los demás autores no han confirmado la exactitud de esta asercion.

Le han citado tambien un gran número de *fenómenos nerviosos* debidos á la presencia de las ascárides en el intestino: tales son *soñolencia*, *cefalalgia* y *abatimiento*, ó bien *agitacion*, *escitacion* y *dilatacion de las pupilas*. En algunos casos raros se han notado palpitaciones nerviosas y aun lipotimias.

Se ha observado tambien que los niños se *frotaban mucho la nariz* y que estaban espuestos á *hemorragias nasales*.

La *cara* está pálida, aplomada, y sin embargo, por momentos rubicunda; los *ojos* estan abatidos y rodeados de un círculo negruzco.

En fin, se ha notado una *tosecilla* seca, y sobre todo la frecuencia con irregularidad del *pulso*, que seria, segun algunos médicos, un escelente carácter para reconocer la existencia de las lombrices intestinales. Rilliet y Barthez han encontrado en un caso, que la *disminucion* de la frecuencia del pulso coincidia con la irregularidad.

Bien se ve cuánta incertidumbre reina todavía en la historia patológica de las lombrices intestinales. Es posible que los fenómenos que producen sean tan variables que no se pueda dar un cuadro general de ellos, que es lo que al parecer resulta de los hechos publicados por Rilliet y Barthez; ¿pero no se podria esperar establecer por medio de investigaciones exactas, grupos de síntomas, que en ciertos casos á lo menos servirian para llegar á formar un diagnóstico bastante positivo? Entre tanto, es preciso repetirlo, no se puede hacer mas que sospechar la presencia de las ascárides lumbricoides en el conducto intestinal, mientras que los sugetos que las padecen no han espelido algunas de estas lombrices por la defecacion ó por el vómito.

Accidentes producidos por las ascárides lumbricoides. Las lombrices intestinales salen algunas veces de los límites que ordinariamente ocupan, de lo que resultan principalmente los accidentes particulares á que dan orígen. Algunas veces, y de ello se encuentran en las diversas colecciones muchísimos hechos de esta especie que han sido casi todos reunidos por Mondie-

re (1), las lombrices salen de la cavidad intestinal atravesando sus paredes, y vienen á formar al esterior tumores designados con el nombre de *abscesos verminosos*. Estos abscesos no tienen otra cosa de notable, que el formarse con cierta lentitud, y cuando se los abre dan salida á ascárides lumbricoides, y en algunos casos escepcionales á materias estercorales. Por lo demás, no tienen el peligro que á primera vista se pudiera suponer, pues no hay hechos auténticos que prueben la posibilidad de una peritonitis debida al paso de una ascáride del intestino al peritoneo. Las adherencias que en semejante caso se forman, como creen muchos autores, reunida á la suma pequeñez de la abertura que resulta de la reparacion de las fibras y no de una verdadera *perforacion*, impiden que el animal caiga en la cavidad serosa.

Se ha discutido mucho acerca de la cuestion de si una ascáride podia atravesar el intestino no alterado por una lesion patológica; pero no creo que esta cuestion muy oscura tenga una importancia práctica suficiente para inducirnos á entrar en semejante discusion.

Rilliet y Barthez han citado una observacion de Charcellay, de la cual resulta que una lombriz *puede abrir una arteria pequeña* para producir una *hemorragia intestinal* mortal. Sin embargo, no olvidemos que se pueden formar en el estómago é intestinos úlceras perforantes muy pequeñas, y por consiguiente no damos á este hecho una importancia exagerada.

Algunas veces se han encontrado tanto número de lombrices en el intestino, que de aqui ha resultado una especie de *estrangulacion interna*; pero los hechos de este género entre los que es preciso citar principalmente el de Daquin (2), son enteramente escepcionales.

Tambien se ha atribuido á la presencia de las lombrices el desarrollo de la *inflamacion intestinal*; pero sucede con tanta frecuencia que se encuentra intacta la membrana mucosa en los puntos ocupados por las ascárides, que no se puede menos de tener dudas sobre este punto.

El *paso de las lombrices á otras cavidades* puede producir

(1) *Recherches pour servir à l' hist. de la perf. des int.*, etc.—Journal *l' Expérience*, t. II, p. 65, 1838.

(2) *Journ. de méd. et de chir.*; Paris, 1770, t. XXXIV, p. 151.

accidentes que son fáciles de preveer. En el *estómago*, son sensaciones semejantes á las que hemos notado en el intestino, y además vómitos, entre cuyas materias se encuentran las lombrices. En el *esófago*, es una sensacion de estorbo y de constriccion en el cuello y garganta, y una tos que acaba por producir el vómito y la espulsion de las lombrices.

La *introduccion* de las *ascárides en las vias biliarias* es un accidente todavía mas grave de lo que se han citado muchos ejemplos. Todos saben el que ha referido Guersant, y en el que se encontraron dos ascárides que habian penetrado en el *conducto colédoco*. El niño á quien se refiere esta observacion fue atacado de convulsiones violentas seguidas de una muerte pronta. Tambien se han encontrado ascárides en la *vejiga de la hiel*, y Laennec igualmente que Tonnele (1) han dicho que se hallan en el *tejido del hígado*. La observacion de este último autor es muy notable, porque la lombriz estaba completamente alojada en un absceso de este órgano. Segun Cruveilhier, solo despues de la muerte se pueden introducir las ascárides en las vias biliarias; pero los accidentes repentinos observados por Guersant en los casos anteriormente citados, parecen contrarios á esta opinion. Sin embargo, estoy lejos de fallar en favor de semejante hecho, porque faltan enteramente los datos necesarios. En los casos citados por Tonnele parece que se debe creer que la lombriz habia penetrado en el hígado al través de las paredes del estómago.

Otro accidente es la introducion de las *lombrices en las vias aéreas*. En efecto se las ha encontrado en la *laringe* y aun en la *traquearteria*, que han ocasionado accesos mortales de sufocacion. Blandin (2) ha hallado una en un *bronquio*. Es inútil describir los fenómenos á que da lugar esta introduccion de las lombrices en las vias aéreas, porque son los que producen los cuerpos estraños en general. Unicamente decimos que cuando la lombriz se detiene en la laringe, la sufocacion es mas completa y mas prontamente mortal que cuando ha penetrado en la tráquea y en los bronquios.

Por último, hay otra serie de accidentes señalados por los

(1) *Journ. hebdomadaire de méd.*, t. IV, 1829.

(2) *Anat. top. du corps humain.*

autores, que consisten en diversas afecciones nerviosas, como las *convulsiones* y la *corea* en las enfermedades graves, la *meningitis*, las *diversas flegmasias de los parénquinas* y las *calenturas;* pero relativamente á estos accidentes solo tenemos un corto número de observaciones frecuentemente incompletas, y aserciones por lo comun exageradas por parte de los autores, lo que depende como he dicho mas arriba de la tendencia que han tenido siempre los médicos que se han ocupado de las enfermedades de la infancia, á atribuir á las afecciones verminosas casi todas las enfermedades que padecen los niños que tienen ascárides lumbricoides. Bajo este aspecto ha sucedido con esta afeccion lo que con la *denticion laboriosa*, y se puede aplicar á aquella las reflexiones que he hecho al tratar de esta (1). Sin embargo, no se puede negar que en ciertos casos la espulsion de las lombrices ha puesto fin á trastornos muy graves á lo menos en apariencia; pero no se han hecho observaciones exactas para que se puedan precisar estos casos.

Curso, duracion y terminacion. Es imposible indicar de un modo general el *curso* de una afeccion verminosa. En efecto, ninguna cosa hay mas variable, porque tan pronto los sugetos padecen de lombrices durante un tiempo muy largo y de una manera casi contínua, como solo presentan algunos síntomas en épocas irregulares y distantes, y durante un corto espacio de tiempo, despues del cual son espulsadas las lombrices. Lo mismo sucede con la *duracion*. Algunos sugetos tienen lombrices durante muchos años, y otros solo las padecen muy poco tiempo. Entre estos dos estremos hay infinidad de intermedios. En cuanto á la *terminacion*, casi siempre es favorable. Sin embargo, hemos visto que los accidentes indicados mas arriba podian terminarse por la muerte. Bretonneau ha citado un caso en que se desarrolló una inflamacion intestinal prontamente seguida de la muerte, en un sugeto que tenia ascárides lumbricoides. ¿Pero esta inflamacion era producida por las lombrices, ó una simple coincidencia? Como este es un hecho aislado nada se puede decidir.

Lesiones anatómicas. En la inmensa mayoría de casos no

(1) Véase t. III, art. *Accidentes de la denticion.*

se encuentra ninguna lesion anatómica, y las que se hallan pertenecen á los accidentes anteriormente indicados. Ya he dicho sobre esta materia todo lo que importa saber, por lo cual es inútil insistir en este punto.

Diagnóstico. Dos cosas hay en el diagnóstico de las ascárides lumbricoides, y desde luego se puede preguntar si se trata realmente de estas lombrices ó de cualquiera otra especie; pero difiero hacer este exámen para despues de cada uno de los artículos siguientes, en los que se estudiarán las demás especies de lombrices intestinales. Pero téngase bien entendido que este diagnóstico no tiene cierta importancia sino en cuanto á los síntomas, porque las diferencias entre las ascárides lumbricoides y las demás lombrices intestinales, son tan grandes, que cuando ha sido espelida, no puede dudarse un instante.

Por lo que hace al diagnóstico diferencial de las ascárides lumbricoides y de los diversos productos animales ó vegetales que son algunas veces espelidos por las cámaras, se puede ver lo que sobre este asunto dice Blainville (1). Solamente diremos aqui que por la suspension en el agua se puede reconocer la estructura de los cuerpos que se han llamado seudohelmínticos.

El segundo punto consiste en saber si se puede distinguir la afeccion verminosa de otras varias enfermedades. Pero tocante á esto no tenemos ningun signo positivo, segun confiesan los autores que mas se han ocupado de esta materia. Sin embargo, si algunos trastornos intestinales manifiestos, las diversas sensaciones indicadas mas arriba, y las dificultades de la digestion, hubiesen precedido á accidentes nerviosos que simulan á una afeccion cerebral, nos veriamos inclinados, sobre todo en los niños, á creer que habia lombrices, atendiendo á que en las enfermedades del cerebro, el conducto digestivo se halla casi siempre al principio de la afeccion en un perfecto estado de integridad, escepto algunos vómitos simpáticos. Tambien es necesario tener cuidado de informarse, de si los niños han tenido anteriormente otros ataques semejantes, que se hubieran terminado por la espulsion de lombrices. Reciente-

(1) Appendice au *Traité des vers intest.*, par Bremser, p. 552.

mente he tenido ante mi vista un ejemplo que prueba cuán útiles son estos informes. Llamado para asistir á una niña de cuatro años, que hacia ya dos ó tres dias que habia presentado solo un poco de malestar con disminucion del apetito, la encontré en un estado de completo abatimiento, ojerosa, la mirada vaga, las pupilas algo dilatadas, la cara aplomada y fria, igualmente que las estremidades. No respondia á las preguntas y tenia un aire de atontamiento semejante al que caracteriza á una afeccion cerebral; pero por otra parte no habia vómitos, ni diarrea y el vientre estaba insensible. El diagnóstico era muy incierto; pero con una pocion emética arrojó dos lombrices, y todo entró prontamente en órden. Algunos meses despues se presentaron síntomas enteramente idénticos, y entonces no tuve la menor duda; si se hubiera llamado á otro médico y se hubiese descuidado en informarse de los antecedentes, hubiera sido muy probable que se hubiera visto tan perplejo como yo en el primer ataque.

El doctor Ch. de Hubsch (1) indica como muy importantes para el diagnóstico de *las lombrices intestinales*, los tres signos siguientes: 1.° un *estado particular de la lengua* que consiste en la existencia de puntos rojos del grandor de una cabeza de alfiler, diseminados en una capa blanquecina, que sin duda son las papilas algo desarrolladas; 2.° una *cantidad superabundante de saliva* que fluye por la boca durante el sueño, y que se hace muchas veces espumosa y blanca cuando han estado las mandíbulas largo tiempo en movimiento; 3.° en fin, un *rechinamiento de dientes* durante el sueño, acompañado del espasmo de los músculos de la cara. A los prácticos corresponde averiguar qué valor tienen estos signos.

Pronóstico. Mientras que las lombrices continúan encerradas en el conducto intestinal no producen las mas veces mas que síntomas poco graves. Sin embargo, no conviene apresurarse á hacer un pronóstico favorable, puesto que por su paso á otras cavidades, y por los fenómenos simpáticos que algunas veces producen, pueden las ascárides ocasionar los accidentes funestos que hemos indicado. No obstante es sabido que estos accidentes no son muy frecuentes; la perforacion intestinal por

(1) *Abeille médicale*, julio de 1847.

las ascárides no es como hemos visto mas arriba tan grave como se pudiera suponer; porque los abscesos verminosos se terminan las mas veces por la curacion. Las convulsiones son evidentemente mas peligrosas.

Tratamiento. El número de medicamentos que se han propuesto con el nombre de *antihelmínticos*, es sumamente considerable, y mucha parte de ellos se emplean contra las ascárides lumbricoides. Me contentaré con indicar los principales.

El primero es el *musgo de Córcega*, cuyo uso, segun Merat y Delens (1), se remonta al parecer á la mas alta antigüedad, y que fue sobre todo preconizado en 1775 por Dimo Stephanopoli (2), quien le prescribia bajo la forma de jarabe. En los hospitales de niños se administra de la manera siguiente:

℞	Musgo de Córcega.........	4 á 16 gram.(ʒj á ʒjv)
	Agua hirviendo...........	120 gram. (℥jv)
	Jarabe..................	30 gram. (℥j)

Se toma á cucharadas.

Tambien se le puede dar en leche bien endulzada con azúcar, á la misma dosis proporcional, segun la edad.

Igualmente se puede mezclar la cantidad determinada de musgo de Córcega con vino tinto y azúcar blanca, de modo que forme una *jalea*, que segun Trousseau y Pidoux (3) no disgusta á los niños. Se da esta jalea á la dosis de dos ó tres cucharadas al dia.

Fleisch, citado por Rilliet y Barthez, prescribe el musgo de Córcega en *lavativas* del modo siguiente:

℞	Musgo de Córcega............	āā 8 gram. (ʒij)
	Valeriana...................	
	Santónico...................	

Se infunde en dos cuartillos de agua hirviendo, y se cuela para una lavativa.

Segun dicen la mayor parte de los autores, el *santónico* (fragmentos de una especie de artemisa de Oriente) es mucho

(1) *Dict. de matière médicale et de thérapeutique générale;* Paris, 1832, t. IV, p. 496.

(2) *Voyage en Grèce.*

(3) *Tratado de Terapéutica.*

mas activo. Acabamos de ver que Fleisch le asociaba para darle en lavativas con el musgo de Córcega. Tambien le da en *tabletas*, cuya fórmula es la siguiente:

℞ Santónico en polvo.............. 8 gram. (ʒij)
Chocolate en polvo............. 15 gram. (℥ß)
Mucílago de goma tragacanto.... C. S.

Se hacen treinta pastillas. Se dan tres, cuatro ó cinco veces al dia.

Bouillon Lagrange (1) ha compuesto un *jarabe* con arreglo á la fórmula que sigue:

℞ Agua destilada de santónico
saturada de esencia........ 1 kilógram. (℔ij)
Esencia de santónico......... 4 gram. (ʒj)
Azúcar blanca............... 1 kilógram. (℔ij)
Claras de huevo............. N.º 2.

Se bate la clara de huevo con el agua destilada, se añade el azúcar, y se hace jarabe á fuego lento.

Se da una cucharada por la mañana y otra por la tarde por espacio de tres ó cuatro dias, purgando al quinto con aceite de ricino y el jarabe de flores de melocoton.

En fin, se prepara con el santónico, confites, bollos, etc.

Vomitivos y purgantes. Tambien han usado algunos autores el *tártaro estibiado*, y se le puede dar á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) en una pocion que se toma á cucharadas hasta que produzca efectos eméticos y purgantes.

Entre los *purgantes* es preciso citar la *jalapa*, la cual entra en muchas fórmulas; tambien se usan con mucha frecuencia los *calomelanos* y el *aceite de ricino*, el que Brera recomienda particularmente y prescribe del modo siguiente con el nombre de *pocion antihelmíntica laxante.*

℞ Aceite reciente de ricino..... } āā 60 gram. (℥ij)
Agua de menta piperita........ }

Se toma á cucharadas.

Bremser ha recomendado el *acibar*, y le daba bajo la forma de píldoras:

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*

℞ Acíbar sucotrino pulverizado..	ãã	2 gram. (ʒß)
Tanaceto en polvo...........		
Aceite esencial de ruda..........		12 gotas

Mézclese y háganse doce píldoras. Se toman cuatro ó cinco al dia.

No multiplicaré estas citas porque en algunas fórmulas que mas adelante tendrémos ocasion de ver, se encontrarán medicaciones de este género.

Entre los antihelmínticos es necesario tambien hacer mencion de la *artemisa*, de los *ajenjos* y aun del *hollin*. Segun Trousseau y Pidoux pueden ser muy útiles las lavativas con un cocimiento de hollin. Sin embargo, este remedio es mucho mas eficaz contra los *oxiuros*, de que hablaremos mas adelante.

En fin, se han prescrito las *preparaciones ferruginosas* y una multitud de sustancias que no debo indicar aqui, limitándome á presentar cierto número de fórmulas que contienen muchas de ellas.

Electuario de Bremser.

℞ Simiente de tanaceto groseramente pulverizada..................		15 gram. (ʒß)
Raiz de valeriana en polvo................		8 gram. (ʒij)
Raiz de jalapa en polvo.	de 2 á	5 gram. (36 á 96 ℥)
Sulfato de potasa.......	de 3 á	4 gram. (54 á 72 ℥)
Ojimiel escilítico para electuario...........	C. S.	

Se dan dos ó tres cucharadas de café al dia.

Bremser añade que si al cabo de tres ó cuatro dias se hacen las deyecciones mas copiosas y viscosas, aumenta la dosis de su electuario. Esta preparacion tiene el inconveniente de disgustar á los niños.

Goelis ha recomendado la fórmula siguiente:

℞ Raiz de valeriana en polvo....................	ãã	1	gram. (20 ℥)
Santónico..............			
Calomelanos...............		10	centigram. (2 ℥)
Azúcar blanca............		2	gram. (40 ℥)

Mézclese, pulverícese y divídase en cuatro partes iguales. Se toma un papel dos veces al dia.

El *electuario* siguiente, segun Vogler, es muy útil contra las ascárides.

℞ Santónico en polvo.........	8	gram. (ʒij)
Raiz de jalapa en polvo....	4	gram. (ʒj)
Calomelanos..............	30	centigram. (6 gr)
Agua de flores de cuasia...	2	gram. (ʒß)
Jarabe de flores de melocoton para hacer electuario.	C. S.	

Se toma una cucharada de café cada dos horas, hasta que produzca efectos purgantes.

Todavía creo debo añadir dos fórmulas que gozan de gran reputacion, que son las de Stark y de Cruveilhier.

Hé aqui la primera:

℞ Santónico.....................	8 gram. (ʒij)
Raiz de jalapa..............	ãã 4 gram. (ʒj)
Raiz de valeriana...........	
Etiope mineral (mezcla de protóxido y de peróxido de hierro)..................	
Azúcar blanca..................	8 gram. (ʒij)

Mézclese y pulverícese. Se dará á la dosis de 2 á 3 gramos (36 á 54 granos) dos ó tres veces al dia.

El *jarabe* propuesto por Cruveilhier se compone de lo siguiente:

℞ Hojas de sen................	ãã 4 gram. (ʒj)
Ruibarbo..................	
Santónico..................	
Abrótano..................	
Musgo de Córcega..........	
Flores de tanaceto..........	
Ajenjo menor.............	

Infúndase en frio en:

Agua......................... 240 gram. (℔ß)

Cuélese y añádase.

Azúcar....................... C. S.

Hágase jarabe. Se da una cucharada por la mañana durante tres dias.

Cruveilhier ha logrado con este jarabe y administrado de

esta manera, hacer espeler hasta sesenta lombrices en una mañana.

Todavía pudiera citar una multitud de sustancias dadas con el objeto de hacer evacuar las ascárides; pero en primer lugar hay algunas de ellas que no debo aconsejar, tales son: el *arsénico* y la *nuez vómica*, medicamentos demasiado peligrosos, y que no tienen, ó á lo menos nada lo prueba, una eficacia especial. Además, si cada médico ha querido variar las fórmulas y usar de sustancias nuevas, esta no es una razon para hacinar medicamentos y embarazar la terapéutica, cuando faltan los hechos para apreciar su valor. Basta pues decir que en diversos paises se han usado la *asa fétida*, el *aceite de trementina*, el *hinojo acuático (phellandrium acuaticum)*, el *ajo*, el *estaño* y la *cebadilla*, el *tabaco* en lavativas, etc., y únicamente esceptuaré el *aceite empireumático de Chabert*, recomendado por Bremser.

Aceite empireumático de Chabert. Este aceite es una mezcla de una parte de aceite *empireumático de asta de ciervo* y de tres partes de *aceite de trementina*, que se destila en el baño de arena, en una retorta de vidrio. Se dan algunas gotas de este aceite en un líquido may azucarado.

Este medicamento tiene como la mayor parte de los que he indicado, el inconveniente de no gustar á los niños, que despues de la primera dosis reusan á veces obstinadamente tomar la segunda. Asi pues, se deben elegir con preferencia las preparaciones que bajo la forma de *bizcochos*, de *pastillas* y *confites*, engañan á los niños, y administrar los polvos en cierta cantidad de almibar ó frutas cocidas.

Régimen. El que conviene seguir durante el tratamiento de las ascárides nada ofrece de notable. Cuando se halla considerablemente disminuido el apetito, basta dar á los niños algunos caldos ó sopas; en el caso contrario es útil un régimen animal y ligeramente tónico segun el parecer de los autores. Bremser insiste en que se prive á los que padecen de ascárides de sustancias harinosas y grasas; pero no está bien demostrado que este precepto tenga la importancia que el autor le atribuye.

Se ve pues, por lo que precede, que el tratamiento de las ascárides lumbricoides no está fundado en principios rigurosos, y por consiguiente solo una observacion atenta y repetida puede

manifestarnos cuál es entre estas prácticas la mas pronta, mas segura y mas completamente exenta de toda especie de inconvenientes.

Es fácil conocer que seria inútil indicar prescripciones para esta enfermedad, puesto que la mayor parte de las medicaciones indicadas mas arriba las presentan sus autores como constituyendo en estos casos todo el tratamiento.

Breve resúmen del tratamiento.

Musgo de Córcega, santónico, jarabe de Bouillon Lagrange, vomitivos, purgantes, pocion antihelmíntica de Brera, artemisa, ajenjo, electuario de Bremser, polvos de Goelis, electuario de Vogler, polvos de Stark, jarabe de Cruveilhier, medios diversos, aceite empireumático de Chabert y régimen.

§. II.

OXIUROS VERMICULARES.

Bajo el aspecto patológico interesa mucho menos el oxiuro vermicular, que la ascáride lumbricoide. Algunas veces se le ha dado el nombre de *ascáride vermicular*. No tiene mas de 3 ó 4 milímetros ($1 \frac{1}{2}$ á 2 líneas) de largo; es muy delgado y muy blanco; su estremidad posterior es mas gruesa que la anterior, y en el macho está retorcida en espiral. La hembra que es mayor que el macho, tiene de 8 á 12 milímetros de larga, y es muy notable por el estremado adelgazamiento de su cola, llevado á tal estremo que es necesario servirse del microscopio para verla bien. No entro pues, en otros pormenores acerca de la organizacion de estas lombrices, porque creo que me debo limitar á presentar los caracteres esteriores apropiados para reconocerlas.

Los oxiuros se presentan principalmente en los niños, y tienen casi esclusivamente su asiento en el *intestino grueso*, sobre todo cerca del ano, cuyos pliegues llenan. Sin embargo de esto, se han visto muchos en una parte mas alta del intestino. Segun Becker (1), se pueden encontrar hasta en la *vagina* y en el *útero*.

(1) *Eph. nat. cur.*, dec. I, ann. VIII, obs. 75.

Brera dice que los ha hallado en el *esófago;* pero aunque no sea este hecho imposible, no está bastante demostrado. Las mismas reflexiones se aplican á los casos en que se asegura haber encontrado estos animales en la *uretra* (1) y en el *estómago* (2).

Nada se ha dicho que merezca referirse acerca de las *causas* de la produccion de estos animales.

En cuanto á los *síntomas* á que dan lugar estan lejos de manifestarse en todos los casos. En efecto, no es raro encontrar en los cadáveres una considerable cantidad de oxiuros, sin que hayan dado señales de su existencia durante la vida. Por el contrario, en otras circunstancias pueden producir accidentes notables. Asi pues, muchos autores han atribuido trastornos nerviosos muy graves á la influencia de esta lombriz. ¿Pero no eran estos debidos en los mas de los casos á simples coincidencias? Sin pronunciar mi fallo en semejante cuestion, solo diré que el único síntoma, que en último lugar es propio de los oxiuros, es una *fuerte comezon* en el ano, el que en algunas ocasiones llega á ser intolerable. Cruveilhier ha citado un caso muy notable por la intensidad de este síntoma, y lo que habia sobre todo de curioso es que la sensacion, que llegaba hasta un *dolor verdadero* se reproducia todas las noches á la misma hora. Ultimamente he visto un hecho semejante en un niño de dos años y medio. Sin embargo, esta sensacion no parecia elevarse hasta un dolor vivo, solo sentia una fuerte comezon que se reproducia todas las noches, poco antes de acostarse, lo que impedia que el niño se durmiese algunas veces en mucho tiempo. Cuando asi sucede se ve que los niños se agitan, llevan su mano al ano y le comprimen y hacen en él fuertes fricciones, y á veces se arrastran sentados en el suelo dando gritos.

Se ha dicho que la escitacion producida en el recto podia propagarse á los órganos genitales y *provocar la masturbacion*, producir un *flujo vaginal* y *pérdidas seminales involuntarias* (Lallemand); pero carecemos de elementos para resolver estas cuestiones y principalmente las dos últimas. Ya volveré á hahablar de esto mas adelante cuando trate de la *leucorrea* y de la *espermatorrea*.

El *diagnóstico* de esta afeccion no presenta generalmente di-

(1) P. Frank, *Traité de méd. prat.*

(2) Kühn. *Diss. de asc. per urin. emiss.*, etc.; Ienæ, 1798.

ficultad cuando existe algun síntoma. Una comezon muy viva, que sobreviene principalmente de noche en el ano y en el interior del recto, podrá servir de guia, y si se examina el ano, se puede como ha hecho Cruveilhier, ver fácilmente que los oxiuros se agitan con viveza en los pliegues radiados de aquella parte.

El *pronóstico* no es evidentemente grave; pero la incomodidad producida por estas lombrices, la facilidad con que estos animales se reproducen, y la dificultad de llegar hasta ellos con los medicamentos, estando como se hallan ocultos en los pliegues del intestino, hacen en muchos casos que el médico no deba tratar esta afeccion con ligereza.

Tratamiento. Se han recomendado contra los oxiuros muchos de los remedios empleados contra las ascárides; pero algunos de ellos les convienen mas especialmente.

Ya he hablado del *hollin* que se administra en lavativas; en efecto, basta dar una lavativa al dia con un *cocimiento de hollin.*

El *agua fria* ha sido alabada por Van Swieten. Rosen la recomienda tambien, y la da en *bebida* igualmente que en *lavativas;* pero Van Swieten solo la prescribia bajo esta última forma.

Fraenkel, citado por Rillet y Barthez, ha elogiado mucho las dos *lavativas* siguientes:

Los *ajenjos* forman la base de la primera:

℞ Yerba de ajenjos.......... 8 á 16 gram. (ʒij á ʒiv)

Infúndase en:

Agua...................... 60 gram. (℥ij)

En la segunda entran el *ajo* y la *asa fétida* del siguiente modo:

℞ Bulbos de ajo frescos........... 8 gram. (ʒij)

Infúndase en:

Agua caliente................. 125 gram. (℥jv)

Añádase despues de colado.

Asa fétida.................... 1 gram. (18 g)

Disuelta en:

Yema de huevo. .... N.° 1.

El mismo autor prescribe tambien lavativas de *agua de cal* en la proporcion siguiente:

℞ Cocimiento de malvabisco....... 30 gram. (℥j)
Agua de cal........................ 90 gram. (℥iij)

En fin, Guersant recomienda el *sulfuro de potasa* en lavativas del modo que sigue:

℞ Sulfuro de potasa... 30 á 60 centigram. (6 á 12 g)
Agua.............. 250 gram. (℔ß)

No se ha hecho ninguna investigacion para saber cuál de estos dos enemas es mas eficaz que el otro.

Algunas veces no se hace mas que inyectar cierta cantidad de *aceite de olivas* en el recto, lo que es útil contra la comezon.

En el caso citado por Cruveilhier, bastó un poco de *ungüento gris* aplicado al ano para librar de las lombrices al enfermo.

Yo he obtenido el mismo efecto mandando hacer fricciones en el ano con la pomada siguiente, de la cual se introducia una corta cantidad en el intestino.

℞ Manteca........................ 20 gram. (ʒv)
Calomelanos.................... 4 gram. (ʒj)

Mézclese.

Este medicamento tópico, muy sencillo, merece sea recomendado muy especialmente, aunque es mas que probable que cualquiera otra *pomada mercurial* obraria de la misma manera.

§. III.

TRICOCÉFALO.

No se ha asignado ningun síntoma particular á esta especie de lombrices; sin embargo he oido comunicar últimamente al doctor Barth á la Sociedad de Observacion un hecho que debe llamar la atencion sobre este punto. Un enfermo presentó hace poco tiempo en el Hôtel Dieu, síntomas tan marcados de una afeccion cerebral, que todos creyeron que tenia una *meningitis*. En la autopsia nada se pudo descubrir en el encéfalo; pero habiendo examinado Barth el intestino, se encontró una cantidad enorme de tricocéfalos. Este hecho solo basta para inducirme á esponer los caracteres de esta lombriz.

El tricocéfalo es linear, de 4 á 6 centímetros (20 á 24 líneas)

de larga, adelgazado por la cabeza, engrosado y piripiforme en la parte posterior en el macho. La parte adelgazada ó anterior es la mas larga, la parte posterior es recta en la hembra. El macho es mas pequeño.

Estas lombrices se encuentran principalmente en el ciego y en el cólon; pero rara vez en gran cantidad; no obstante acabamos de ver que alguna vez puede haber una inmensa cantidad de ellas, de lo que han visto casos parecidos Rudolphi, Tiedemann y otros.

Los medios que, segun todas las probabilidades, convienen contra este entozoário son las *lavativas prescritas contra los oxiuros*, *los purgantes y los mercuriales*.

§. IV.

TÉNIA Ó LOMBRIZ SOLITARIA.

Hay dos especies de *ténia;* la *tœnia lata ó botriocéfalo*, y la solitária, *tœnia solium;* pero estas dos especies que importa mucho distinguir bajo el punto de vista de la historia natural, pudieran confundirse fácilmente bajo el terapéutico y patológico. En efecto, bajo este aspecto no se ha citado ningun síntoma que fuese propio de ellas, y bajo el terapéutico no tenemos mas que investigaciones incompletas y contradictorias, emprendidas con el objeto de asegurarse si ciertos medios son mas eficaces contra una de estas dos especies que contra la otra. Esta reflexion se aplica particularmente al *tratamiento de Nouffer*, del que se hablará mas adelante. No me empeñaré en indicar minuciosamente los caracteres de estas lombrices, porque para la práctica bastan algunos pormenores que sirven para reconocer fácilmente la ténia.

Las ténias son unos animales aplastados, parecidos á una cinta, blandos, blancos y formados de articulaciones mas ó menos numerosas, y que se presentan bajo la forma de una tira que les ha hecho dar el nombre que llevan.

La ténia ó lombriz solitaria es notable por la longitud de sus articulaciones y por su poca latitud, que es apenas de 1 á 2 milímetros (1/2 á 1 línea) en su parte anterior y de 6 á 9 milímetros (de 3 á 4 1/2 líneas) en su parte posterior. La cabeza

de la ténia solitaria apenas iguala á la de un alfiler delgado; tiene cuatro chupadores iguales, situados en los cuatro ángulos, y en medio una prominencia en la que Bremser ha encontrado un orificio pequeño. Esta prominencia está rodeada de una ó dos filas de ganchos dispuestos en coronas; pero que faltan con frecuencia, cuando el animal es muy jóven ó demasiado viejo; por último, un cuello muy delgado y filiforme completa el cuadro de este aspecto esterior que basta para el práctico.

El *botriocéfalo* es notable por las fositas dilatables y contráctiles que reemplazan á los chupadores. Su anchura puede llegar hasta centímetro y medio (7 líneas) y mas. Rudolphi los ha visto de cerca de tres centímetros (15 líneas). Su cabeza es mas ovoidea que la de la ténia solitaria; las fositas son en número de dos; su cuello se confunde muchas veces con el cuerpo, y algunas es filiforme. Los anillos que componen el cuerpo son mas anchos que largos, y se parecen á arrugas. Se hacen mas largos y mas anchos á medida que se acercan mas á su estremidad posterior.

El botriocéfalo es en general menos largo que la solitaria; efectivamente solo esta puede llegar á tener 8 metros (9½ varas) de larga y aun mas, siendo asi que el botriocéfalo rara vez pasa de 7 metros (8¼ varas). Otros autores aseguran haber visto lombrices de una y otra especie que tenian muchos centenares de metros; pero generalmente no se consideran estos hechos como auténticos.

El *sitio* que ocupa habitualmente la ténia es hácia la parte superior del intestino delgado; algunas veces se ha visto esta lombriz en otras partes, y principalmente en el estómago, sin que fuese posible cerciorarse de si habia tomado orígen en el intestino. Casi nunca hay mas de una sola, lo que ha sido causa de que se la haya dado el nombre de *lombriz solitaria;* pero tambien se la ha designado con los de *lombricus latus*, *vermis cucurbitinus*, *tænia cucurbitina*, etc.

La *frecuencia* con que esta lombriz se presenta es muy diferente segun los diversos climas, y remito por consiguiente al lector á lo que he dicho en las causas, para estudiar este punto.

Causas. Todas las edades son á propósito para padecer de la ténia. Entre doscientos seis enfermos observados por el doc-

tor Wavruch (1), la *edad* variaba de tres años y medio á cincuenta y cinco años, y en las observaciones de Louis (2) habia un niño de doce años y un anciano de setenta y cuatro. Sin embargo, las mas veces se encuentra esta lombriz en los adultos, y la mayor parte de los enfermos observados por Wavruch tenian de quince á cuarenta años.

En el concepto de los mas de los autores está mas particularmente espuesto á ella el sexo femenino, y las investigaciones de Wavruch han venido á confirmar la opinion general. En efecto, se han encontrado setenta y un niños del sexo masculino y ciento treinta y cinco del femenino. Por el contrario el número de hombres ha sido un poco mayor en los hechos recogidos por Merat (3) y Louis; pero estas observaciones no son suficientes para contrarestar á las de Wavruch. No obstante seria de desear que se hiciesen investigaciones sobre este punto.

En cuanto á la *constitucion* nada tenemos que añadir á lo que se ha dicho al hablar de las ascárides, sino que en las observaciones de Louis se dice que era buena en todos los sugetos. El mismo autor ha reconocido que todos sus enfermos habian usado una *alimentacion* sana y variada, y que por consiguiente todos estos hechos no vienen en apoyo de la opinion que atribuye la produccion de la ténia á la *dieta láctea*. El doctor Wavruch ha comprobado despues de Reinlein (4), que la *permanencia en las cocinas y en las carnecerías* era una causa de la solitaria, pues de doscientos seis enfermos, habia un cocinero, cincuenta y dos cocineras y muchos carniceros.

¿Influye el *clima* en la produccion de la ténia? Esto es lo que no se puede decir, aunque esta lombriz sea muy frecuente en ciertos paises. Asi es que segun Odier (5) la cuarta parte de los habitantes de Ginebra tienen en el curso de su vida la solitaria, la que por otro lado es muy comun en todos los cantones de la Suiza. ¿Pero no se deberá acusar mas bien al *régi-*

(1) *Oest. med. Jahrb.*, 1841.
(2) *Du tænia et de son trait. par la pot. Darbon, en Mém. ou rech. anat.-path.*; Paris, 1826.
(3) *Du tænia ou ver solitaire;* Paris, 1832.
(4) *Animad. circa ort. et cur. tæniæ latæ*, etc.; Viena, 1811.
(5) *Manual de médecine pratique.*

men que al clima mismo? Es muy probable que así sea; pero lo que es muy digno de notar es que no se encuentran las dos especies de ténia indiferentemente en todos los paises. Así pues la solitaria se halla particularmente en la India, Egipto, Grecia, Francia, Alemania, Portugal y en la América septentrional, al paso que en Suiza, Polonia y Rusia, es casi siempre el botriocéfalo.

Síntomas. No se han estudiado con mayor cuidado los síntomas de la ténia que los de las demás lombrices. Sin embargo, Louis ha sometido sus observaciones, que por desgracia no son mas de diez, á una análisis exacta que nos servirá principalmente para trazar el cuadro siguiente. Se puede decir en general que los síntomas de la ténia son poco graves. En cuanto á la *invasion*, no es siempre fácil el fijarla, en atencion á que se remonta á una época lejana, puesto que Louis ha visto enfermos que evacuaban fragmentos de lombriz desde los ocho, nueve y doce años, y algunos desde la primera infancia, además de que los enfermos solo refieren la invasion que por lo demas nada de particular ofrece, á la época en que arrojaron los primeros fragmentos.

El primer síntoma que conviene examinar son los *dolores de vientre*. Estos dolores consisten muchas veces en verdaderos *retortijones de tripas*; pero algunas otras son *sensaciones particulares*, tales como la de mordedura, succion y reptacion, de movimientos undulatorios, de tension ó peso en el abdomen, ó en un dolor indefinible que se siente por lo comun en los vacíos y al rededor del ombligo. En cuanto á los retortijones de tripas ocupan gran parte del abdomen. De cualquiera naturaleza que sean estos dolores son intermitentes, y se reproducen con diversos intervalos, y los retortijones son ordinariamente frecuentes, á lo menos en ciertas épocas de la enfermedad, y aun en algunos casos se presentan de tarde en tarde pudiendo ser considerable su intensidad. Se ha observado que en ciertos sugetos presentaba el abdomen una *tumefaccion* variable y limitada, que ocupaba con preferencia el ombligo.

Generalmente no acompaña á estos dolores ningun trastorno en las *funciones intestinales*. La diarrea en particular no es un síntoma de la ténia, y á escepcion de los fragmentos de

lombriz que se encuentran en las deyecciones alvinas, no se observa ninguna otra cosa de notable. Los sugetos que no están sometidos á ningun tratamiento, arrojan fragmentos de la ténia en muchas veces y con intervalos muy variables.

Un fenómeno que ha sido notado con cuidado por Louis, y que merece llamar la atencion del médico, es el *prurito en la márgen del ano*. Este autor dice que no le ha visto faltar mas que en tres casos de diez. Por el contrario la *comezon de las narices* no se ha manifestado mas que en cuatro enfermos.

Se ha insistido mucho sobre el *estado del apetito* en los sugetos que tienen la ténia, hallándose muy generalizada la opinion de que es insaciable el apetito en esta afeccion. Pero el exámen atento de los hechos prueba que se ha establecido como regla general, lo que no se observa mas que en un corto número de casos. En efecto, las mas veces se halla el apetito disminuido, y algunas veces no le hay. En ciertos sugetos se observan alternativas de aumento y de disminucion; en otros el aumento del apetito es tal que los enfermos se ven obligados á comer á menudo, y no pueden hartarse; pero repito que estos casos son los menos frecuentes. Por último, en muchas ocasiones el apetito no sufre ninguna alteracion. Se ve pues que este síntoma es muy variable y que seria menester guardarse de buscar en él un signo diagnóstico positivo.

Tambien algunos pocos sugetos suelen sentir algunos *dolores epigástricos*; pero lo que hay de mas notable en las observaciones de Louis es que estos dolores no se manifestaban sino en mugeres, y este autor se ve inducido á creer que la accion de los remedios violentos administrados era la principal causa sino la única.

Todavía son mas raros los *vómitos*, y Louis solo los ha observado una vez: son algo frecuentes antes de la espulsion de las primeras porciones de la lombriz, pero se presentan rara vez despues.

La *cefalalgia* es un síntoma poco comun, pero puede ser notable por su duracion, puesto que dos de las mugeres observadas por Louis se quejaban de la cabeza hacia ya dos ó cuatro años.

«La mayor parte de los enfermos, dice este último médico, esperimentaban hacia largo tiempo dolores vagos, *lasitudes* y algunas veces *calambres en las estremidades*. Estos dolores y estas lasitudes son á veces tan grandes que les obligan á suspender sus trabajos; muchos no podian entregarse á ellos sino con dificultad, y esta era la razon mas bien que otra alguna lo que les determinaba á ensayar un nuevo remedio.»

El mismo autor ha observado *zumbidos de oidos*, únicamente en las mugeres, de las cuales una se quejaba de tener algo obscurecida la *vista*. Además, se ha reconocido que la *pupila* no estaba nunca dilatada ni contraida, lo que prueba que se ha hecho mal en presentar estos fenómenos como síntomas de la ténia.

Otros autores han mencionado las *lipotimias*, los *vértigos*, el *entorpecimiento* que se acerca á la parálisis (1), el *temblor de los miembros*, las *convulsiones*, la *epilepsia*, los ataques de *histérico*, la *catalepsia*, la *corea* y aun la *paraplejia*, etc.; pero estos diversos trastornos nerviosos no se han observado mas que en casos aislados, de suerte que no son de la mayor importancia. Sin embargo, era bueno indicar la posibilidad de su aparicion, porque en algunos casos han desaparecido estos síntomas despues de la espulsion de la lombriz. Por último, hay cierto grado de *languidez*, *palidez de la cara* y un *poco de enflaquecimiento*, fenómenos que apenas se observan sino en una época avanzada de la enfermedad, y cuando los fragmentos espelidos de esta lombriz completan este cuadro sintomático.

Curso, duracion y terminacion. Ya hemos visto mas arriba que el principio de la enfermedad podia remontarse á una época muy lejana y aun á la primera infancia; pero en todos los casos, hay ciertas épocas en que los síntomas adquieren mayor intensidad. En efecto, se ven sugetos que no las presentan sino á intervalos muy largos. Por consiguiente, bajo este aspecto no se diferencia sensiblemente el *curso* de la enfermedad del de las *ascárides lumbricoides*. No obstante conviene advertir que los síntomas son mas contínuos en la ténia. En cuanto á la *duracion*, es casi inútil decir que es indeterminada, y que si no se emplean remedios eficaces, la ténia puede du-

(1) MOLL, *Œst. med. Jahrb*, t. XXVIII.

rar toda la vida. Nunca ha sido fatal la *terminacion*, á lo menos no se han citado estos ejemplos de accidentes mortales que hace tan graves la existencia de las *ascárides lumbricoides*. Sin embargo, ya he mencionado mas arriba los síntomas funestos que algunas veces se han observado.

Hasta el presente no se ha señalado ninguna *lesion patológica* que pueda atribuirse con alguna confianza á la ténia.

Diagnóstico. Segun confiesan los principales autores que se han ocupado particularmente de la ténia, no hay otro signo diagnóstico que tenga verdadero valor, sino la espulsion de la lombriz. Sin embargo, Louis que ha analizado exactamente los hechos sometidos á su observacion, ha reunido los principales síntomas, y habiéndoles apreciado con el objeto de averiguar si era posible formar el diagnóstico, ha llegado á obtener el resultado siguiente (1): «Acabamos de ver, dice, que todos los enfermos habian esperimentado despues y algunas veces antes de la espulsion de la ténia, dolores de vientre, retortijones mas ó menos intensos y algunas veces considerables, repetidos con intervalos mas ó menos cortos; que estos dolores de vientre no eran seguidos ni acompañados de diarrea; que en casi todos los casos, por el contrario, se les agregaba el prurito al rededor del ano ó en las narices. Por lo mismo nosotros creemos que cuando se repiten los dolores de vientre, y los retortijones mas ó menos fuertes y frecuentes, pero sin diarrea y acompañados de prurito en el ano y en la estremidad de la nariz, indican de un modo casi seguro que hay una lombriz de esta especie en el conducto intestinal. El conjunto de estos síntomas tiene algo de notable, pues no se los encuentra mas que en las afecciones verminosas, ó no se los concibe bien sino en ellas; doble razon para creerlos apropiados para indicar su existencia.

»Tambien se debe hacer mencion de otros síntomas, tales como el enflaquecimiento, los dolores en los miembros, las lasitudes, la aversion al trabajo; pero no son tan frecuentes como los primeros: no tienen como otros tantos fenómenos nerviosos con que se ha recargado la descripcion de las enfermedades nada de especial, y por consiguiente nada que pueda hacerlos colocar entre los síntomas diagnósticos. Que

(1) *Mém. ou rech. anat.-path.*; Paris, 1826, p. 554.

haya ó no complicaciones, cuando se presenta el conjunto de los síntomas indicados, debe parecer infinitamente probable, como hemos dicho, que existen lombrices, ¿pero son estas de la especie de las ténias? No podemos resolver esta cuestion, pues no hemos recogido respecto de las afecciones verminosas, otros hechos que aquellos cuya historia acabamos de presentar.»

Despues de haber examinado las relaciones de diversos autores, nos vemos tan perplejos como Louis respecto al diagnóstico de la ténia y de la ascáride lumbricoide. Sin embargo, hay una circunstancia que puede servir, sino para fijar el diagnóstico, á lo menos que hace probable la existencia de la enfermedad, que es la edad de los enfermos. En los adultos se deberá creer que existe mas bien la ténia, y en los niños las ascárides. Sería de desear que se emprendiese un trabajo sobre los síntomas producidos por esta última lombriz, de modo que nos suministrasen mejor punto de comparacion. En cuanto á los *oxiuros*, ya hemos visto que no producen dolores cólicos; sino una comezon muy fuerte en el ano, ademas de que se los puede percibir examinando atentamente esta parte. Por último sabemos que no se puede asignar á los *tricocéfalos* ningun síntoma que les pertenezca en propiedad. La falta de deyecciones líquidas impedirá que se confundan los síntomas de la ténia con los de la *enteritis*, y la comezon al rededor del ano y en las narices servirá para distinguirlos de los de la *enteralgia*. No llevaré mas adelante la esposicion de este diagnóstico que requiere estudiarse mucho.

Tratamiento. El tratamento de la ténia es quizás el que contiene mayor número de sustancias empleadas, sino tambien el mayor número de métodos particulares y completos esclusivamente preconizados por sus inventores. Acaso sería demasiado largo y poco útil esponer todo lo que se ha publicado sobre este particular, por lo cual me limitaré á indicar los principales remedios y á describir los métodos que estan mas en voga.

Vomitivos y purgantes. Por lo general, no se han administrado los vomitivos y los purgantes mas que para favorecer la accion de otras sustancias consideradas como específicas. Los primeros, que no son recomendados sino por muy pocos autores, no merecen que nos detengamos en ellos. En cuanto á los segundos

haré mencion de la *jalapa*, del *acibar* y del *aceite de ricino*, que constituyen parte de un gran número de fórmulas ó de métodos diversos, pero que no se han empleado solos contra la ténia. No sucede lo mismo con el *aceite de croton tiglio*, alabado por Puccinotti (1). *Dos ó tres gotas de este aceite*, dadas diariamente en píldoras, han bastado algunas veces para espeler la ténia. Pero este tratamiento está lejos de tener la eficacia de otros muchos que voy á indicar, y esta es la razon porque no se considera en general al aceite de croton más que como un simple medio auxiliar. El doctor Crisholm (2) ha recomendado el *vino de cólchico*, y este médico ha citado un ejemplo de espulsion de una ténia por este medicamento dado á la dosis de *tres cucharadas de té en las veinticuatro horas*; pero los demás médicos apenas han usado esta sustancia.

Mercuriales. Muchos prácticos han usado las preparaciones mercuriales, y en particular los *calomelanos*; pero ¿estos medicamentos obran solo como purgantes? Esto es lo que no me parece probable. Por lo demás, es preciso decir que jamás se han limitado al uso esclusivo de estos medios, como se puede jurzgar por la esposicion del siguiente método encomiado por Beck (3).

Método de Beck. En primer lugar se debe hacer tomar á los enfermos, á las cuatro ó cinco de la tarde, la siguiente preparacion:

℞ Calomelanos	1,25 centígram. (Dj)	
Asta de ciervo calcinada	ãã 50	centígram. (10 g)
Cinabrio		
Antimonio		

Por la noche despues de haber comido una sopa (4), el enfermo tomará 60 gramos (2 onzas) de aceite de almendras dulces. Al dia siguiente en ayunas toma uno de los papeles siguientes:

(1) *Ann. univ. di med.*, abril de 1825.
(2) *The Lond. med. repos.*, 1824.
(3) *Hufeland's Journ.*, 1803.
(4) Quizás convendria modificar esta administracion de los remedios, porque en la época en que se publicó este método se hacian las comidas á diferentes horas que en la actualidad.

℞ Raiz de helecho macho...........	4 gram. (ʒj)	
Raiz de jalapa...............		
Raiz de gutagamba...........	ãã 2 gram. (ʒß)	
Yerba de cardo santo.........		
Asta de ciervo calcinada.		

Se reducen á polvo muy fino, y se divide en tres papeles. Si al cabo de dos horas no ha salido la ténia, se toma otro papel; pero se espera todavía otras dos horas antes de administrar el tercero. Cuando se ha espelido la lombriz se suspende el medicamento.

Se ve pues, por el mayor número de sustancias que se han usado en este método, que es imposible presentar el tratamiento de la ténia de una manera bien metódica. Desault (1) ha recomendado las *fricciones mercuriales* al mismo tiempo que los calomelanos al interior, y Ratier ha unido esta preparacion mercurial á otras sustancias, asi como sigue:

℞ Sabina en polvo........	1 gram. (20 g)
Simiente de ruda......	75 centígram. (15 g)
Calomelanos...........	50 centígram. (10 g)
Aceite esencial de tanaceto..................	60 centígram. (12 g)
Jarabe de flores de melocoton..............	C. S.

Se toma en dos veces, una por la mañana y otra despues del mediodia.

Helecho. Se ha usado principalmente este medicamento en el célebre método de Nouffer (2), que es casi semjante al que habia ya propuesto Herrenschwand, y del cual se encuentra un estracto en el *Diccionario de ciencias médicas.* Hé aqui cuál es el de Nouffer:

Método de Nouffer. Siete horas despues de comer, se hace tomar al enfermo una *sopa* compuesta de este modo: 750 gramos (24 onzas) de agua, 60 ó 80 gramos (2 á 2 ½ onzas) de manteca de vacas fresca y 2 onzas de pan cortado en pedacitos; todo lo cual se meneará hasta que esté bien mezclado. Si el enfermo no hubiese hecho ninguna deposicion ese dia, tomaria

(1) *Dict. des Sc. méd.*, t. LIV.

(2) *Journ. de méd.*, t. XLIV; y *Précis du trait. contre le tœnia*, etc.; Paris, 1775.—Mérat et Delens, *Dict. de matière médicale*, t. III, p. 285.

un cuarto de hora ó media hora, despues de la sopa, una *lavativa de agua de malvabisco*, añadiendo un poco de *sal comun* y 30 gramos (1 onza) de *aceite de olivas*. Al dia siguiente por la mañana se administra el medicamento que sigue:

℞	Raiz de helecho macho en polvo muy fino....	16 gram. (℥ß)
	Agua destilada de helecho macho ó de flores de tilo..............	120 á 180 gram. (℥jv á ℥vj)

Se toma de una sola vez.

Si el enfermo tiene náuseas puede introducir en su boca alguna sustancia aromática pero no tragarla. Si á pesar de todas estas precauciones se vomitase el polvo, se debe administrar inmediatamente otra dosis. Dos horas despues de haber tomado el polvo se dará el purgante siguiente:

℞	Calomelanos............	ãã 60 centigram. (ʒß)
	Raiz seca de escamonea..	
	Gutagamba.............	
	Confeccion de jacintos.......	C. S.

Hágase un bolo de mediana consistencia, y se toma de una vez.

Inmediatamente despues se da al enfermo una ó dos tazas de té verde ligero, que se continuará tomando hasta que se espela la lombriz. Si no fuese suficiente el bolo para purgar se prescribe de 8 á 32 gramos (2 dracmas á una onza) de *sulfato de magnesia*.

Si la lombriz no sale toda entera de una vez, sino en parte, no se procederá á estraerla, sino que el enfermo continuará sentado en el servicio hasta que caiga de por sí, y se podrá dar para favorecer su espulsion una nueva dosis de sulfato de magnesia. Aunque no se haya arrojado la lombriz no por eso se ha de impedir al enfermo que haga la comida siguiente, porque esto no obsta á su espulsion, aunque rara vez. Pero si al dia siguiente no ha sido arrojada, es necesario volver á empezar el tratamiento exactamente como en la víspera.

El método de Herrenschwand apenas se diferencia del que se acaba de indicar, mas que en que este médico, lejos de considerar al helecho macho como el mas útil, no le administraba sino á falta del *helecho hembra*.

¿Cuáles son, en estos métodos, las sustancias verdadera-

mente indispensables y aquellas cuyo uso deba evitarse á los enfermos? No es fácil decirlo. Ya indicaré mas adelante la opinion de Merat respecto á los purgantes administrados en el tratamiento de la ténia por la corteza de la raiz de granado.

Muchos autores han adoptado el uso del *helecho*, prefiriendo el del *macho*, á pesar de la opinion de Herrenschwand. Entre ellos puedo citar á Rudolphi, Richter, Renaud, Bourdier, Meyer, Vogel, etc.; pero es preciso mencionar particularmente el tratamiento recomendado por el doctor Peschier. Hé aqui como este médico administra esta sustancia (1).

Método de Peschier.

℞ Estracto etéreo de helecho macho.. 1,25 gram. (℈j)
Raiz de helecho macho en polvo... 0,60 gram. (℈ß)
Conserva de rosas.................. C. S.

Háganse quince píldoras.

Se toman por la noche, con intervalo de media hora.

Al dia siguiente se administra un purgante. Posteriormente ha recurrido Peschier al *aceite etéreo de helecho*, que es una *óleo-resina*, que resulta de la destilacion de la tintura etérea, y se la administra entre hostias á la dosis de 2 á 8 gramos (de 1/2 á 2 dracmas), segun la edad. Dos horas despues se dan de 45 á 60 gramos (de 1 1/2 á 2 onzas) de aceite de ricino.

Muchos médicos alemanes han comprobado los buenos efectos de este método.

Raiz de granado. La corteza de la raiz de granado es uno de los remedios que mas generalmente se usan en la actualidad, y conocido desde muy antiguo, puesto que Dioscórides, segun refiere Merat, habla de él de una manera precisa. Ha estado abandonado durante mucho tiempo, hasta que habiendo observado Buchanan (2) los buenos efectos de este medicamento, usado en la India desde tiempo inmemorial, dió á conocer sus virtudes antihelmínticas. Despues alabaron sus propiedades otros muchos médicos, y, en particular, Flemming y Breton (3). Por último, Merat hizo sobre él interesantes investigaciones, y desde esta época varios prácticos han referido los resultados fa-

(1) *Revue méd.*; Paris, 1825, t. II y IV.
(2) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. III.
(3) *Trans. med. chirurgical*; Lóndres, 1821, t. XI, p. 301.

vorables de su esperiencia. Hé aqui, segun Merat (1) como se debe administrar la raiz de granado.

Sin preceder ninguna preparacion, se hace tomar al enfermo el cocimiento siguiente:

℞ Corteza fresca de raiz de granado cultivado.................. 60 gram. (℥ij)
Agua.................................. 750 gram. (℔jß)

Se cuece hasta que se reduzca á 500 gramos (una libra), y se toma en tres dosis con una hora de intervalo.

Una circunstancia muy importante para asegurarse del efecto del medicamento es el no hacerle tomar sino cuando el enfermo está arrojando anillos de ténia. Por haber descuidado esta precaucion, es por lo que en el concepto de Merat (2) ha sido ineficaz el tratamiento de la ténia por este medicamento. Tambien puede serlo, añade, porque no se han contentado con administrar la raiz del granado, sino que unas veces se le ha agregado el uso de purgantes antes ó despues; porque no se ha dado la dosis tal como se acaba de indicar, ó porque en lugar de recurrir á la raiz fresca se ha empleado la seca.

Nunca se insistirá demasiado en estas recomendaciones, y se debe inducir á los médicos á tener en consideracion las circunstancias que se acaban de aconsejar.

Sin embargo, no puedo menos de añadir que casi todos los autores aconsejan dar de 50 á 60 gramos (1 $1/2$ á 2 onzas) de *aceite de ricino*, ya antes de la administracion de la corteza del granado, ya despues ó en ambas épocas.

Ferrus refiere el caso de un enfermo, que espelió una ténia despues de haber tomado *un cocimiento algo fermentado de corteza de raiz de granado*, al paso que antes una dosis de cocimiento no fermentado habia sido inútil. Pero este hecho aislado carece de valor, sobre todo si se tiene presente que no se han notado sus principales circunstancias.

Algunas veces se prescribe el *cocimiento vinoso* de esta raiz, que se ha asociado tambien á otras sustancias; pero es imposible saber si estas preparaciones tienen mas ventajas que la precedente.

(1) *Du tænia ou ver solitaire et de la cure radicale par l' écorce de racine de grenadier*; Paris, 1838, en 8.°

(2) *Revue médicale*, setiembre de 1844.

En el formulario de Foy (*), hay una fórmula de unos *bolos* en los cuales está la corteza del granado mezclada con otras sustancias de la manera siguiente:

℞	Raiz de la corteza de granado en polvo	4 gram. (ʒj)
	Asa fétida	15 gram. (℥ß)
	Aceite de croton tiglio	4 gotas.
	Jarabe de éter	C. S.

Háganse quince bolos. Se toman cinco cada dia.

Sin entrar en mayores pormenores acerca del uso de esta sustancia, cuya eficacia es indisputable por mas que se citen casos en que ha sido ineficaz, decimos que el método de Merat es el que se debe recomendar mas particularmente, porque este médico ha referido un gran número de casos en su favor, y porque Legendre (1) siempre ha obtenido con él los mas felices resultados.

Deslandes ha propuesto dar (2) no el cocimiento de la raiz del granado, sino el *extracto alcohólico*, y segun él, esta preparacion tomada á la dosis de 24 gramos (6 dracmas) es mas eficaz que el cocimiento; pero aun no está suficientemente probado este hecho.

Por último, algunos médicos han recurrido á la *raiz del granado silvestre;* pero la raiz del granado cultivado es bastante eficaz para que nos limitemos á su administracion.

Estaño. Despues de los dos medicamentos que se acaba de indicar, el estaño es el que ha estado mas en voga. El modo de administrarle varía mucho, y casi siempre se ha unido este metal á otras sustancias cuya eficacia es evidente en la curacion de la ténia. Los *polvos de Guy* es una de las preparaciones mas acreditadas, cuya fórmula es como sigue:

Polvos de Guy.

℞	Limaduras de estaño	210 gram. (℥vij)
	Mercurio vivo	30 gram. (℥j)
	Flores de azufre	4 gram. (ʒj)

Tritúrese en un mortero hasta que se reduzca á polvo muy

(*) Véase la fórmula n.º 693, en el *Formulario universal,* por D. Francisco Alvarez.

(1) *Archiv. gén. de méd.,* 1850.

(2) *Bull. de thér.,* 1832.

fino. Se toma de 1 á 1$^1/_2$ gramos (de 20 á 30
Fouquier une el estaño con la jalapa en la fó

℞ Estaño granulado y porfirizado... 30 g
Jalapa en polvo............. } āā 4 g
Estracto de artemisa......... }
Jarabe de achicorias............ C. S

Hágase electuario. Se toma en doce ó quin
dia en media hora.

Fácil fuera multiplicar las fórmulas, aunc
utilidad, por lo cual me limito á añadir una
sencilla de todas, y que permite apreciar coı
los resultados del estaño.

℞ Estaño pulverizado............ 1,25 gı
Miel espumada................ C. S.

Hágase electuario. Se toma de una vez por
los adultos robustos se puede duplicar y aun tı

Eter sulfúrico. Este medicamento forma
método particular, que se llama *método de Bouı*
entra tambien el helecho macho. Este médico l

Método de Bourdier. Por la mañana en ay

℞ Eter sulfúrico................... 4 gı
Cocimiento cargado de raiz de helecho macho................... 1 v

Una hora despues se administrará:

℞ Aceite de ricino................ 60 gr
Jarabe de goma................ 40 gr

Mézclese.

Generalmente hay que repetir la dosis al c
algunas veces al tercer dia. Cuando se siente l
conducto intestinal, se debe añadir á los rem
tes el enema que sigue:

℞ Eter sulfúrico.................... 8 gr
Cocimiento de raiz de helecho macho......................... C. S

El éter sulfúrico, encomiado iguálmente
forma parte de otros muchos métodos.

Aceite empireumático de Chabert. Aqui vol

(1) *Nouv. élém. de thérap.*, t. I.

un medicamento del que hemos hablado en el tratamiento de las ascárides lumbricoides (p. 590), y que generalmente se prescribe á la dosis de *una ó dos cucharadas de café* al dia en media cucharada de jarabe de flor de naranjo. Bremser le asocia á su *electuario vermífugo* y á su *purgante;* pero estos medios no se diferencian bastante de los que se usan contra las ascárides, para que convenga esponerlos en este lugar.

Couso. Hace algunos años que Estanislao Martin (1) publicó una nota acerca de las propiedades antihelmínticas del Kousso ó Kwoso (flores de la *Brayera antihelmintica)*, sustancia usada desde tiempo inmemorial en Abisinia. Mas recientemente Aubert Roche ha presentado á la Academia de Medicina para que se esperimentase, flores de couso traidas por Rochet de Hericourt; y Merat (2), en el informe que ha dado sobre este asunto, ha referido las observaciones mas convincentes en favor de este tratamiento que produce la espulsion completa de la lombriz en muy poco tiempo y sin dolores de vientre. Solo una cuestion ha dejado Merat sin resolver, que es la de las recidivas, porque solo el tiempo puede hacerlo. El modo de administrar el couso es muy sencillo:

℞	Couso..............	15 gram. (℥ß)
	Agua hirviendo......	250 á 300 gram. (℥viij á ℥x)

Infúndase por espacio de diez minutos. Se toma de una vez sin colar la infusion y tragándose la sustancia medicinal.

Tambien se logran felices resultados dando el couso desleido en suficiente cantidad de agua.

Tales son las principales sustancias que se han usado, á las que aun pudiera añadir el *opio* (3), los *ferruginosos* (4), la *asa fétida* (5), el *ácido carbónico*, las *almendras amargas* (6), la *electricidad* (7) y aun la *solucion arsenical de Fowler* (8),

(1) *Bull. gén. de thér.*, t. XVIII, p. 315.
(2) *Mém. de l' Ac. de médecine*, t. IX, p. 689.—*Bull. de l' Ac. de médecine*, t. VI, p. 492, t. XII, p. 690.
(3) Brefeld, *en Hufeland' s Journ.*, 1805.
(4) Bremser, *Traité des vers intestinaux*; Paris, 1837, p. 455.
(5) Mellin, Schwartz, *Ibid.*, t. XII.
(6) Hufeland.
(7) Fricke, *en Med. chir. Zeit.*, 1795.
(8) Fischer, *Med papers comm. to the Massach. Med. Soc. Boston*, 1806.

la *nuez vómica* (1) y el *ácido prúsico* (2); pero la esperiencia no ha sancionado bastante el uso de estos medios entre los cuales hay algunos muy peligrosos. Por lo tanto prefiero terminar la esposicion de este tratamiento, dando á conocer algunos otros métodos particulares que comprenden varios de los medicamentos que he revisado.

Método de Mathieu. Mathieu, farmacéutico de Berlin, trataba la solitaria del modo siguiente:

Algunos dias antes de usar los electuarios que van á indicarse, se recomienda un *régimen* compuesto de caldos, de sopas de aceite, sopas ligeras, legumbres y sustancias saladas.

Despues se administra *cada dos horas*, y por *espacio de dos á tres dias*, una *cucharada de café* del electuario siguiente:

℞ Limaduras de estaño		30 gram. (℥j)
Raiz fresca de helecho macho		25 gram. (ʒvj)
Santónico		15 gram. (℥ß)
Jalapa	ãã	4 gram. (ʒj)
Sulfato de potasa	ãã	4 gram. (ʒj)
Miel		C. S.

Al cabo de este tiempo se pasa á la administracion de un segundo electuario que se prescribe de la misma manera, y que se compone asi:

℞ Jalapa	ãã	2,50 gram. (℈ij)
Sulfato de potasa	ãã	2,50 gram. (℈ij)
Escamonea		1,25 gram. (℈j)
Gutagamba		0,50 gram. (10 g̃)
Miel		C. S.

En el momento en que se verifica la espulsion se dan algunas cucharadas de aceite de ricino para facilitarla.

El doctor Dupuis de Maguncia (3) ha recomendado una preparacion que dice que constantemente le ha producido buenos resultados, y que creo oportuno darla á conocer.

El enfermo toma á las seis de la mañana (sin que haya necesidad de régimen ni de dieta preservativa) la mitad de los polvos siguientes envueltos en hostias:

(1) Brefeld, *en Hufeland's Journ.*, 1805.
(2) Cagnola, *en Annat. univ. di med.*, 1820.
(3) *Dietrichs newe medicinische Zeitung*, 1845; y *Journ. des conn. méd. chir.*, agosto de 1845.

℞ Limaduras de estaño inglés.... 1,25 gram. (℈j)
Tanino puro.................... 0,50 gram. (10 g̃)
Gutagamba...................... 0,50 gram. (10 g̃)
Oleosácaro de cajeput.......... 0,25 gram. (5 g̃)

Mézclese, pulverícese y divídase en dos papeles iguales.

Media hora despues de haber tomado el primero, el enfermo toma el segundo.

Si el volúmen de los polvos pareciese demasiado grande, se pudiera suprimir sin inconveniente el oleosácaro.

El enfermo toma despues de cada uno de los papeles, dos tazas de café muy fuerte sin azúcar. Si sobreviniesen náuseas se le dan algunas gotas de éter acético.

Al cabo de dos horas se sienten retortijones de vientre, con los que se espele la lombriz, sin estar por lo comun dividida en muchas partes. El enfermo debe tomar de nuevo café negro muy fuerte inmediatamente que siente los retortijones.

Despues de la espulsion de la ténia, que el autor ha logrado asi en diez casos, ha creido conveniente emplear un tratamiento tónico. Con este fin hacia tomar con vino cierta composicion, en la cual entra la tintura de hierro y la de quina.

Se ve pues, que en este método se hace uso del *santónico*, que se emplea mas particularmente contra las *ascárides*.

El método del doctor Schmidt, comprado, como el precedente por el gobierno prusiano, y que Casper ha hecho público, merece que se haga mencion de él, porque contiene algunas sustancias particulares, y entre otras la *asa fétida* y la *digital*.

Método de Schmitd. Se da por la mañana dos cucharadas de la mezcla siguiente:

℞ Raiz de valeriana oficinal en
polvo.......................... 2,40 gram. (℈ij)
Hojas de sen................... 8 gram. (ʒij)

Háganse con ellas 180 gramos (6 onzas) de infusion y añádase:

Sulfato de sosa................ 12 gram. (ʒiij)
Jarabe de maná................. 60 gram. (℥ij)
Oleosácaro de tanaceto......... 8 gram. (ʒij)

Mézclese.

En seguida se continúan administrando dos cucharadas de esta mezcla cada dos horas hasta las siete de la tarde. En los

intervalos se hará beber mucho café preparado con agua muy endulzada, y no se permitirá por alimento mas que una ligera sopa y un poco de arenque salado. El resto del régimen se compone de alimentos escitantes y de mucho azúcar.

Al dia siguente se hace tomar desde las seis de la mañana, con intervalos de una á dos horas, hasta que se verifique la espulsion de la lombriz, las píldoras siguientes:

℞ Asa fétida................	ãã 12 gram. (ʒiij)	
Estracto de grama........		
Gutagamba..............	ãã 8 gram. (ʒij)	
Ruibarbo................		
Raiz de jalapa en polvo...		
Hojas de digital purpúrea.	ãã 0,60 gram. (℈ß)	
Ipecacuana en polvo......		
Azufre dorado de antimonio pulverizado........		
Calomelanos................	2,50 gram. (℈ij)	
Aceite etéreo de tanaceto..	ãã 15 gotas.	
Aceite de anís............		

Háganse píldoras de 30 centígramos (6 granos). Se toman seis de cada vez en una cucharada de café de jarabe.

Media hora despues de la primera dosis se da una cucharada de aceite de ricino, y durante el dia gran cantidad de café bien azucarado. Siempre es bueno que el enfermo continúe tomando una ó dos píldoras los dias siguientes.

Bien se echa de ver cuán complicados son estos métodos, y cuántos esperimentos bien hechos requieren para conocer cuál es la parte activa de semejante tratamiento.

El *método de Vürtemberg* tiene por sustancias activas la *raiz del helecho macho*, los *calomelanos* y algunos *purgantes*. El *de Siemerling* (1) que abraza muchos pormenores, tiene tambien por principal medicamento el *helecho macho*, al cual agrega el *aceite de ricino* y el de *trementina*. Todavía pudiera citar otros, pero no se seguiria ninguna ventaja, porque solo se diferencian de los precedentes en algunas modificaciones, y porque por otro lado se ha visto que los medios que los componen estan amalgamados de un modo poco racional, y por otro se los ha preconizado sin apoyarse en rigurosas observaciones.

(1) *Hufeland's journal*, t. LXXI.

El doctor Brunet (1) ha obtenido la espulsion de dos ténias completas con la *pasta de simiente de calabaza silvestre* preparada del modo siguiente:

℞ Semillas de calabaza silvestre.. } ãã 45 gram. (℥jß)
Azúcar...................... }

Tritúrese. Se toma una dosis por la mañana.

Es preciso repetir esta dosis durante muchos dias.

El doctor Sarramea (2) ha referido dos casos semejantes.

El doctor Manlucci (3) ha obtenido la espulsion de una ténia administrando á un niño de cinco años 15 centígramos (3 granos) de *cicuta* pulverizada; pero este medicamento puede causar accidentes graves.

Réstame ahora decir dos palabras de un remedio secreto administrado en los casos observados por Louis, y cuyos escelentes efectos ha comprobado de un modo riguroso este médico, cual es la *pocion de Darbon*. Por desgracia la práctica médica no ha podido adquirir este remedio, é ignoramos su composicion, por lo cual no entraré en muchos pormenores sobre esta materia. Todos los enfermos, dice Louis, han tomado sin preparacion preliminar y en ayunas la pocion de Darbon, á la dosis de 240 á 300 gramos (8 á 10 onzas). Esta pocion de color negruzco, espesa y turbia, ha parecido á algunos enfermos un poco agria y con un gusto á cáscara de naranja, al paso que otros no la han encontrado ningun sabor determinado.

«Algunas cuatro ó cinco horas y algunas veces mas pronto y otras mas tarde, despues de haber tomado el remedio, sobrevienen deyecciones alvinas mas ó menos numerosas, acompañadas de mayor número de articulaciones de ténias de diferente magnitud. En muchos casos en que tardaban demasiado en aparecer las evacuaciones de vientre se promovieron con una lavativa de agua pura ó activada con un poco de sal.»

Son tan ligeros los trastornos ocasionados por la administracion de este remedio, y el restablecimiento de los enfermos tan pronto y duradero, que para terminar ha podido Louis espresarse en estos términos: «Ninguno de los remedios alabados hasta aqui contra la ténia, obra de una manera tan suave, y

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux;* enero de 1846.
(2) *Ibidem.*
(3) *Il filiatre sebezio, extrait dans Gaz. méd.*, 1845.

tan constantemente eficaz, y esto es lo que nos ha hecho decir que esta pocion reune la doble ventaja de la certeza y seguridad.»

En vista de lo que precede no podemos menos de desear que llegue á ser permitido su uso y conocido de todos.

Como ya he dicho en uno de los pasages precedentes, puede suceder que salga por el ano una porcion de la ténia, quedando contenido en el intestino el resto de la lombriz, y ya se ha visto que en semejante caso estan unánimes los autores en recomendar que no se haga sobre ella la menor traccion para favorecer esta *espulsion imcompleta*, sino que continúe el sugeto sentado en el servicio, y haciendo esfuerzos de defecacion. Segun Brera, el tirar de la lombriz tiene inconvenientes muy graves: «En efecto, dice, en semejante caso, se ha visto que el enfermo cae en convulsiones despues de haber esperimentado una especie de tiron en el abdomen.» Este autor aconseja *atar la pocion espelida* con una hebra de seda, y hacer tomar al enfermo una pocion laxante, continuando sentado en una silla horadada ó en un servicio hasta que la arroje completamente.

Otro accidente que merece indicarse, y que la mayor parte de los médicos que se han ocupado de la ténia han observado en el momento de la espulsion, es una lipotimia precedida de ansiedad precordial, que se termina las mas veces por el vómito. Este accidente no debe inspirar temores, porque ha probado la esperiencia que se disipa rápidamente, y segun Brera, basta para combatirle hacer respirar *ácido acético*. Ya hemos visto que no se presentaban accidentes de esta especie administrando el *remedio de Darbon*. Tambien podemos añadir que tampoco se manifiestan despues de la administracion del *couso*.

Resúmen. Tales son los principales medios empleados contra la ténia, y se advierte que despues de la pocion de Darbon y del couso, la corteza de raiz de granado, tal como la ha administrado Merat, es el medicamento mas fácil de usar y de resultado mas seguro. Pero siendo mucho menos costoso que el couso, es de todos los remedios que podemos usar el que principalmente debemos recomendar; pero repito, que es preciso seguir en su administracion las indicaciones en que tanto ha insistido Merat.

Es evidente que no se pueden formar *prescripciones* de un

tratamiento que consiste en métodos particulares que cada uno de ellos es una prescripcion completa.

Breve resúmen del tratamiento.

Vomitivos, purgantes, preparaciones mercuriales; método de Beck, raiz de helecho; método de Nouffer; método de Peschier, raiz de granado; método de Merat, couso, estaño, éter sulfúrico; método de Bourdier, aceite empireumático de Chabert, medios diversos, método de Mathieu, método de Schimdt y remedio de Darbon.

FIN DEL TOMO CUARTO.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO IV.

CONTINUACION DEL LIBRO III.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS DIGESTIVAS.

Páginas.

FIN.

ÓBRAS DE FONDO

DE LA CASA DE D. ANGEL CALLEJA.

	Precios en papel.	Precios en pasta.
ALVAREZ ALCALA. *Manual de las aguas minerales de España y principales del estranjero*, 1850: 8.° mayor, un tomo	16	20
— *Farmacopea y Formulario de bolsillo:* 16.°, 2 tomos...	34	38
BOISSEAU. *Piretologia Fisiológica ó Tratado de las Calenturas consideradas segun el espíritu de la nueva doctrina médica;* obra traducida al castellano de la cuarta edicion francesa, considerablemente aumentada por su autor. Madrid, 1839: 8.° mayor, 2 tomos.........................	29	34
BOSSU. *Novísimo tratado de Medicina* para uso de los médicos prácticos, que contiene: 1.° Elementos de patologia general; 2.° Compendio de patologia interna, seguidos de las enfermedades de niños y mugeres y de la piel; 3.° Compendio de las enfermedades de los ojos (oftalmias) con el tratamiento, en que estan indicadas las recetas mas usadas, y un Diccionario de terapéutica y posología; traducido al castellano, con un apéndice sobre las relaciones médicolegales, por D. A. S. B. Madrid, 1847: 8.° mayor, un tomo..	20	24
BOUCHARDAT. *Tratado de Historia Natural*, que comprende la Zoologia, Botánica y Mineralogia; con dos apéndices, uno de don Mariano de la Paz Graells sobre los moluscos que se crian en España, y otro de don Miguel Colmeiro sobre el modo de formar los herbarios. Madrid, 1847: 8.° mayor, un tomo con láminas intercaladas en el testo..	42	46
— *Elementos de Química* con sus principales aplicaciones á la Medicina, á las artes y á la industria, adornados con 63 figuras intercaladas en el testo, traducidos de la segunda edicion y adicionados por los farmacéuticos don Gregorio Lezana, viceprofesor de Química del Museo Nacional de Ciencias naturales, y don Juan Chavarri, profesor interino de Física en el mismo establecimiento. Madrid, 1845: 8.° mayor, un tomo..........................	40	44
BROUSSAIS. *Historia de las flegmasias ó inflamaciones crónicas*, fundada en nuevas observaciones de clínica y anatomía patológica, traducida al castellano por don Pedro Suarez Pantigo. Cuarta edicion, corregida y con el retrato del autor. Madrid, 1828: 4.°, 5 tomos....................	60	80
CAVANIS. *Revoluciones de la Medicina*. Madrid, 1824: 8.°, un tomo..	11	14
CAPURON. *Tratado de las enfermedades de las Mugeres*. Madrid, 1837: 8.°, 2 tomos.............................	19	24

CASARES. *Tratado elemental de Química*. Madrid, 1848: 8.° mayor, 2 tomos.	26	30
CHAVARRI Y VALLEDOR. *Tratado de Física con nociones de Química:* 8.° mayor, un tomo.	30	34
CHELIUS. *Tratado completo de Cirujía*, traducido del francés conforme á la cuarta edicion alemana, adicionado con notas y acompañado de mas de 400 figuras, por D. A. S. de B. Madrid, 1843: 8.° mayor, 3 tomos.	72	88
DUGES. *Manual de Obstetricia, ó Compendio de la ciencia y arte de partear*, escrito en francés y traducido al castellano de la segunda edicion por don José Rodrigo, doctor en Medicina y Cirujía. Madrid, 1837: 8.°, 2 tomos.	31	36
FABRE Y D'HUC. *Tratado elemental de enfermedades de Mugeres y Niños*. Nueva edicion española, ilustrada con láminas intercaladas en el testo, por D. L. A. y P., doctor en Medicina. Madrid, 1847: 8.° mayor, un tomo.	26	30
HATIN. *Manual de partos, ó maniobra de los partos preternaturales reducida á su mayor sencillez*, precedida del parto natural. Madrid, 1829: 12.°, un tomo.	6	8
HIPOCRATES. *Aforismos y pronósticos*, traducidos al castellano segun el testo latino de Parisset, y ordenados metódicamente bajo un nuevo sistema: edicion ilustrada con notas y retratos, la ley y juramento de Hipócrates, lugares paralelos de Celso, etc., etc., por don José de Arce y Luque, doctor en Medicina y Cirujía. Madrid, 1847: 16.°, un tomo.	14	16
JOURDAN. *Tratado completo de las enfermedades venéreas*, traducido por don Frutos Florez, profesor del arte de curar. Madrid, 1834: 4.°, 2 tomos.	30	40
MALGAIGNE. *Manual de Medicina operatoria*, fundado en la Anatomía normal y patológica, escrito en francés y traducido al castellano de la última edicion por don Benito Amado Salazar, doctor en Medicina y Cirujía, y enriquecido con un atlas de 11 láminas que comprende mas de 400 figuras. Madrid, 1848: 8.° mayor, 2 tomos.	40	46
MARTINET. *Tratado elemental de Terapéutica médica con un formulario*; traducido al castellano de la segunda edicion francesa por don Lorenzo Boscasa. Madrid, 1839: 4.°, un tomo.	29	34
MOSACULA. *Elementos de Fisiologia especial ó humana.* Madrid, 1830: 8.°, 2 tomos.	29	36
MULLER. *Compendio de Fisiologia*, ilustrado con láminas intercaladas en el testo, traducido por don Francisco Alvarez y don Nicolás Casas. Madrid, 1847: 8.° mayor, un tomo.	30	34
PRADA. *Novísimo Manual de Anatomía general y descriptiva*, arreglado á las esplicaciones del catedrático de dicha asignatura don Melchor Sanchez de Toca, y redactado de las obras de Bayle, Bichat, Blandin, Boscasa, Broc, Bourgery, Cloquet, Lacaba, etc. Con un atlas encuadernado por separado. Madrid, 1842: 12.°, 2 tomos.	30	34

